



# SERVICE CORRECTIONNEL CANADA

TRANSFORMONS DES VIES. PROTÉGEONS LES CANADIENS.



## Rapport de recherche

Examen des expériences de délinquants sous responsabilité fédérale qui suivent un traitement par agonistes opioïdes (TAO) pendant leur incarcération en Ontario, au Canada : rapport prélibératoire

**2023 N° R-449**

ISBN: 978-0-660-45939-4

No. de Cat.: PS83-5/R449F-PDF

This report is also available in English. Should additional copies be required, they can be obtained from the Research Branch, Correctional Service of Canada, 340 Laurier Ave. West, Ottawa, Ontario K1A 0P9.

Ce rapport est également disponible en anglais. Pour obtenir des exemplaires supplémentaires, veuillez vous adresser à la Direction de la recherche, Service correctionnel du Canada, au 340, avenue Laurier Ouest, Ottawa (Ontario) K1A 0P9.







Rapport prélibératoire — Examen des expériences de délinquants sous responsabilité fédérale  
qui suivent un traitement par agonistes opioïdes (TAO) pendant leur incarcération en Ontario, au  
Canada

Cayley Russell, M.A.<sup>1</sup>

Michelle Pang, M.A.<sup>1</sup>

Monica Malta, Ph. D.<sup>1,2</sup>

Laís Meneses Brasileiro Dourado, M.A.<sup>3</sup>

Benedikt Fischer, Ph.D.<sup>4,5</sup>

<sup>1</sup>Institut de recherche sur les politiques en santé mentale, Centre de toxicomanie et de santé  
mentale (CAMH), Toronto (Ontario), Canada

<sup>2</sup>Département de psychiatrie, Université de Toronto, Toronto (Ontario), Canada

<sup>3</sup>Centre de criminologie et d'études sociojuridiques, Université de Toronto, Canada

<sup>4</sup>Schools of Population Health & Pharmacy; Faculty of Medical and Health Sciences, Université  
d'Auckland, Nouvelle-Zélande

<sup>5</sup>Centre for Applied Research in Mental Health and Addictions, Faculté des sciences de la santé,  
Université Simon Fraser, Vancouver, Canada

2023

Les opinions exprimées dans le présent document sont celles des auteurs et ne représentent pas  
nécessairement celles du Service correctionnel du Canada.









## **Remerciements**

Ce rapport a été rédigé dans le cadre d'un protocole d'entente entre la Direction de la recherche du Service correctionnel du Canada (SCC) et l'Institut de recherche sur les politiques en santé mentale, Centre de toxicomanie et de santé mentale, et est présenté dans le format soumis par les auteurs. Ce projet de recherche n'aurait pu être réalisé sans l'aide du personnel opérationnel du SCC et des participants qui y ont offert leur temps et leur expertise; les auteurs les remercient chaleureusement.





## Résumé

Un taux de prévalence élevé de consommation de substances et de problèmes connexes, y compris le trouble lié à l'usage des opioïdes (TUO), est observé au sein des populations carcérales. Le TUO se traite principalement au moyen d'un traitement par agonistes opioïdes (TAO), notamment la méthadone ou la buprénorphine-naloxone (Suboxone®), qui permet de prévenir les symptômes de sevrage et les risques liés aux opioïdes. L'offre de TAO en milieu correctionnel ne s'étend toutefois que progressivement; elle varie selon les administrations et l'accès au traitement demeure limité. Pourtant, les données probantes sur les effets bénéfiques du TAO, particulièrement au sein des populations carcérales, font état de résultats majoritairement positifs tels qu'une diminution de la consommation de drogues à des fins non médicales et des comportements à risque qui y sont associés, ainsi que des rechutes, des surdoses et des récidives. Il importe donc de proposer le TAO au sein des établissements correctionnels et lors des mises en liberté dans la collectivité.

Au Canada, le TAO est offert dans les établissements correctionnels fédéraux depuis plus de deux décennies, et la participation à ce traitement au sein des établissements du Service correctionnel du Canada (SCC) est en constante augmentation. En mars 2020, environ 2 155 délinquants canadiens sous responsabilité fédérale participaient à un programme de TAO au sein du SCC. Plus précisément, en Ontario, de 200 à 300 détenus du SCC qui suivent un TAO sont mis en liberté chaque année dans la collectivité.

Afin de mieux comprendre les expériences des délinquants sous responsabilité fédérale qui suivent un TAO, y compris leurs points de vue sur la poursuite et les objectifs du TAO après leur mise en liberté, nous avons mené la présente étude précédant la mise en liberté auprès d'une cohorte de 46 délinquants sous responsabilité fédérale en Ontario qui souffraient de TUO, suivaient un TAO et devaient être mis en liberté dans la collectivité dans les six mois suivant l'étude. Des évaluations ont été réalisées sous forme d'enquêtes administrées par des enquêteurs et d'entrevues enregistrées qui ont été menées sur place entre janvier et mars 2019.

Les résultats révèlent que la consommation d'opioïdes de la plupart des participants avait augmenté en intensité au fil du temps avant leur incarcération et avait eu des répercussions négatives sur divers aspects de leur vie. Nombre d'entre eux avaient déjà suivi un TAO dans la collectivité avant leur incarcération et ont mentionné que ce programme les avait aidés à réduire leur consommation d'opioïdes. Les préférences en matière de médicaments dans le cadre du TAO variaient, plusieurs personnes préférant le Suboxone® à la méthadone. Des différences ont également été constatées concernant les expériences de participation à un TAO pendant l'incarcération. Les participants ont mentionné n'avoir eu aucun problème à accéder à ces traitements lorsqu'ils avaient suivi un TAO immédiatement avant leur incarcération; toutefois, ceux qui n'avaient pas participé à de tels traitements par le passé ont dû subir des périodes de désintoxication et se sont heurtés à de longues listes d'attente pour bénéficier d'un TAO au sein de leur établissement. Les expériences liées au TAO variaient selon les établissements, et les procédures d'administration ne semblaient pas être harmonisées. Peu de participants ont déclaré avoir eu accès à des services de soutien supplémentaires portant spécifiquement sur la consommation de substances pendant leur incarcération. La plupart des participants ont affirmé qu'ils prévoyaient continuer à suivre un TAO après leur mise en liberté, mais ont souligné diverses préoccupations et obstacles liés à la poursuite du traitement.

Différents défis liés à l'administration du TAO dans les établissements correctionnels fédéraux de l'Ontario ont été abordés lors de l'enquête, de même que plusieurs points à améliorer concernant l'accès au TAO pendant l'incarcération. Les délinquants du SCC qui nécessitent un TAO préféreraient avoir la possibilité d'en choisir la forme et être en mesure d'entreprendre un programme de TAO dans de brefs délais. Dans l'ensemble, le TAO a été perçu comme étant bénéfique pour la santé et le bien-être des participants.



## Table des matières

Remerciements.....	i
Résumé.....	ii
Liste des tableaux.....	iv
Introduction.....	1
Méthodes.....	4
Méthodes de collecte de données.....	4
Mesures/matériel.....	4
Recrutement .....	5
Admissibilité.....	6
Consentement.....	7
Gestion des données.....	8
Sources des données .....	9
Analyse des données/approche analytique.....	9
Résultats.....	11
Résultats quantitatifs.....	11
Échantillon .....	11
Caractéristiques sociodémographiques.....	11
Caractéristiques criminogènes et renseignements relatifs à la détention en établissement ..	12
Caractéristiques liées à la consommation de substances et aux risques connexes.....	14
Caractéristiques liées aux traitements.....	14
Caractéristiques psychosociales et caractéristiques de santé .....	17
Résultats qualitatifs.....	19
Début de la consommation d’opioïdes, trajectoires de consommation et effets sur la santé, la vie sociale et les finances .....	19
Expériences de TAO dans la collectivité .....	21
Expériences de TAO en établissement.....	23
Perspectives sur la mise en liberté dans la collectivité et les transitions .....	26
Analyse .....	29
Conclusion .....	32
Bibliographie.....	34







## Liste des tableaux

Tableau 1 Caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon étudié ( <i>n</i> =46) .....	12
Tableau 2 Caractéristiques criminogènes de l'échantillon étudié et renseignements relatifs à la détention en établissement ( <i>n</i> =46).....	13
Tableau 3 Consommation de substances et risques connexes au sein de l'échantillon étudié ( <i>n</i> =46) .....	15
Tableau 4 Caractéristiques de l'échantillon étudié en matière de traitement ( <i>n</i> =46) .....	16
Tableau 5 Caractéristiques psychosociales et caractéristiques de santé de l'échantillon étudié ( <i>n</i> =46) .....	18

## Liste des annexes

Annexe A : Carte et niveaux de sécurité des établissements correctionnels fédéraux en Ontario	41
Annexe B : Questionnaire d'admissibilité .....	42
Annexe C : Formulaire de consentement.....	45
Annexe D : Questionnaire de base/première évaluation.....	50

## Introduction

Un taux de prévalence élevé de consommation de substances et de problèmes connexes, y compris l'usage problématique d'opioïdes et le trouble lié à l'usage des opioïdes (TUO), est observé au sein des populations carcérales. (Bi-Mohammed, Wright, Hearty, King et Gavin, 2017; Binswanger, 2019; Fazel, Yoon et Hayes, 2017; Tsai et Gu, 2019). Plus précisément, au Canada, parmi un échantillon d'hommes incarcérés dans des établissements fédéraux, plus de 70 % ont déclaré avoir un problème de toxicomanie, et 16 % ont déclaré qu'ils étaient sous l'influence d'opioïdes le jour de leur infraction, de 2006-2007 à 2008-2009 (Mullins, Ternes et Farrell MacDonald, 2013; Ternes et Johnson, 2014). Ces taux sont encore plus élevés chez les femmes, particulièrement parmi les femmes d'origine autochtone, 94 % d'entre elles ayant déclaré avoir un problème de consommation de substances, contre 71 % chez les femmes non autochtones (Cram et Farrell MacDonald, 2019). D'autres données canadiennes sélectionnées confirment des taux élevés de consommation d'opioïdes avant et pendant l'incarcération, ainsi que la prévalence de diagnostics de TUO au sein des populations carcérales (Cram et Farrell MacDonald, 2019; Farrell MacDonald, MacSwain, Cheverie, Tiesmaki et Fischer, 2014; Johnson, Farrell MacDonald, Cheverie, Myrick et Fischer, 2012; Kouyoumdjian, Calzavara, Kiefer, Main et Bondy, 2014; MacSwain, Farrell MacDonald, Cheverie et Fischer, 2014).

Le TUO se traite principalement au moyen d'un traitement par agonistes opioïdes (TAO) (Bruneau et coll., 2018; Stotts, Dodrill et Kosten, 2009; Strang et coll., 2020). Le TAO à base de méthadone, substitut d'opioïde utilisé dans le traitement du TUO, a traditionnellement été considéré comme traitement de première ligne du TUO au Canada (Bruneau et coll., 2018; Fullerton et coll., 2014). Toutefois, les lignes directrices canadiennes sur la prise en charge clinique du trouble lié à l'usage des opioïdes recommandent désormais le TAO à base de Suboxone® pour le traitement clinique du TUO (Bruneau et coll., 2018). Le Suboxone® est un médicament opioïde de substitution habituellement composé de buprénorphine et de naloxone selon une ration de 4:1, et pris principalement sous forme de comprimé sublingual; toutefois, les nouvelles formulations comprennent également un film buccal et une formulation injectable mensuelle à libération prolongée de buprénorphine seule, récemment approuvés par Santé Canada (Santé Canada, 2019; Velander, 2018). Le Suboxone® est désormais considéré comme étant le traitement de prédilection du TUO chez certaines populations en raison de ses

avantages distincts, notamment un profil de sécurité supérieur quant au risque de surdose, ainsi qu'un potentiel de consommation réduit grâce aux formulations enrichies en naloxone (Bruneau et coll., 2018; Velander, 2018).

Les analyses systématiques de l'efficacité du TAO ont révélé des associations avec un certain nombre de résultats bénéfiques. Plus précisément, parmi les populations carcérales, le TAO a été associé à une augmentation de la participation à des traitements pour toxicomanie et de la poursuite de ceux-ci après la mise en liberté, ainsi qu'à une réduction de la consommation de drogues (y compris la consommation d'opioïdes et d'héroïne), des taux de récidive, des surdoses et de la mortalité (Akinsemolu, Ogston et Irvine, 2011; Cropsey, Villalobos et St Clair, 2005; Hedrich et coll., 2012; Malta et coll., 2019; Moore et coll., 2019; Perry et coll., 2015; Sharma et coll., 2016; Stallwitz et Stover, 2007).

Le Service correctionnel du Canada (SCC) offre depuis 1998 de la méthadone au sein de ses établissements aux délinquants qui souffrent de TUO, et il a élargi son programme en 2008 pour offrir Suboxone® (Service correctionnel du Canada, 2017b; Johnson, van de Ven et Grant, 2001; Lanoie, 2015; MacSwain et Cheverie, 2012; MacSwain, Farrell MacDonald, Cheverie et Fischer, 2013). Depuis 2016, les délinquants ont la possibilité de choisir le type de TAO qu'ils préfèrent, et tous les établissements du SCC offrent maintenant du Suboxone® sous diverses formes telles que le film buccal et l'injection mensuelle à libération prolongée (Service correctionnel du Canada, 2019a). En mars 2020, environ 2 155 délinquants étaient inscrits au programme de TAO dans les établissements correctionnels fédéraux du SCC au Canada, ce qui représente une augmentation par rapport à 2018, lorsque leur nombre se situait à un peu plus de 1 200 (Service correctionnel du Canada, 2019b, 2021). L'offre de TAO dans les établissements correctionnels fédéraux canadiens mérite d'être soulignée, car — en raison notamment de divers facteurs structurels, culturels et organisationnels associés aux milieux correctionnels — la mise en œuvre générale des interventions de TAO dans la plupart des établissements correctionnels demeure faible et n'est pas suffisamment harmonisée. De plus, la participation au traitement et l'observance de ceux-ci sont souvent perturbées lorsque les détenus sont transférés d'un établissement à l'autre ou sont mis en liberté dans la collectivité (Binswanger et coll., 2011; Fiscella, Moore, Engerman et Meldrum, 2004; Larney et Dolan, 2009; McKenzie, Nunn, Zaller, Bazazi et Rich, 2009; Nunn et coll., 2009).

Cette période de transition est souvent considérée comme étant le talon d'Achille des

soins correctionnels, car elle comporte des risques exceptionnellement élevés pour les membres de la population carcérale qui sont confrontés à un certain nombre d'événements défavorables sur le plan de la santé et sur le plan social, notamment l'interruption des traitements, les récidives, les rechutes et les surdoses mortelles et non mortelles liées à la consommation de drogues pendant cette période (Brinkley-Rubinstein, Cloud, Drucker et Zaller, 2018; Brinkley-Rubinstein et coll., 2017; Brinkley-Rubinstein, Zaller et coll., 2018; Martin, Gresko, Brinkley-Rubinstein, Stein et Clarke, 2019; Murphy, Ali et Fischer, 2018; Schwartz et coll., 2019). Par exemple, on estime que le risque de décès liés à la consommation de drogues (plus particulièrement les opioïdes) est de trois à douze fois plus élevé chez les délinquants au cours des premières semaines suivant leur mise en liberté (Binswanger, Blatchford, Mueller et Stern, 2013; Binswanger et coll., 2007; Degenhardt et coll., 2011; Groot et coll., 2016; Joudrey et coll., 2019; Marsden et coll., 2017; Merrall et coll., 2010; Sordo et coll., 2017; Zlodre et Fazel, 2012).

À l'heure actuelle, on dispose de peu d'informations sur les contextes et les circonstances précises qui amènent les délinquants mis en liberté à poursuivre ou à interrompre leur participation à un TAO après leur incarcération, et sur les effets ultérieurs de ce traitement sur la santé ainsi que sur le plan social et financier. Des données administratives limitées indiquent que les délinquants canadiens sous responsabilité fédérale qui ont continué à prendre de la méthadone après leur mise en liberté courent moins de risques de retourner en détention que ceux qui ont cessé de le faire (Farrell MacDonald et coll., 2014; MacSwain et coll., 2013). Toutefois, à notre connaissance, aucune étude n'a encore évalué les expériences de TAO pendant et après l'incarcération chez les délinquants sous responsabilité fédérale souffrant de TUO au Canada.

Afin de combler cette lacune évidente dans la littérature, nous avons mené la présente étude longitudinale à méthodes mixtes qui a suivi une cohorte de délinquants incarcérés dans des établissements fédéraux et souffrant de TUO en Ontario, au Canada. Le principal objectif de cette étude était de mieux comprendre les différents facteurs qui facilitent et entravent une transition réussie vers le TAO — ainsi que la poursuite de ce traitement après la mise en liberté — afin d'orienter les politiques des établissements en matière de soins de transition et de formuler des recommandations appropriées et efficaces en vue d'améliorer la prestation des soins de santé. Ce rapport se concentre sur les données de base (avant la mise en liberté) recueillies lors de la première moitié de cette étude longitudinale.

## **Méthodes**

### **Méthodes de collecte de données**

Entre janvier et mars 2019, deux analystes de recherche (AR) ont visité chacun des sept établissements correctionnels fédéraux du SCC (six établissements pour hommes et un établissement pour femmes) situés en Ontario (voir l'annexe A qui présente une carte des établissements de la province et les niveaux de sécurité de chacun) afin de mener des entrevues de référence avec tous les participants admissibles inscrits au programme de TAO au sein du SCC. La collecte des données s'est déroulée sur environ une semaine dans chaque établissement. Chaque entrevue de base a été réalisée en une seule séance; toutefois, dans certains cas (dénombrement planifié des détenus, obligations professionnelles des participants, etc.), les participants ont dû s'absenter pendant l'entrevue, mais sont revenus pour terminer l'évaluation à un moment ultérieur de la journée ou le jour suivant.

### **Mesures/matériel**

Les entrevues de référence se sont déroulées dans une salle d'entrevue du centre de soins de santé de chaque établissement sous forme d'enquête quantitative menée à l'aide d'un stylo et d'un papier, suivie d'une entrevue qualitative semi-structurée et enregistrée sur bande sonore. À l'exception de celles réalisées dans les établissements à sécurité maximale (où un membre du personnel de santé de l'établissement devait être présent), toutes les entrevues ont eu lieu en privé, à l'écart du personnel de l'établissement, afin de protéger la vie privée des participants et d'assurer la confidentialité des données. Dans la mesure du possible, les deux analystes de recherche étaient présents lors de chaque entrevue de référence; toutefois, dans certains cas, en raison d'exigences opérationnelles ou de contraintes d'horaire (par exemple, lorsque les entrevues devaient être réalisées simultanément afin de gagner du temps), les entrevues ont été menées par un seul analyste de recherche.

La durée de l'enquête quantitative était approximativement de 15 à 30 minutes. L'enquête comportait principalement des questions à choix multiples portant sur des caractéristiques démographiques telles que le niveau de scolarité, la principale source de revenus, le lieu de résidence principal, la durée de la peine, des questions d'ordre social et sanitaire (par

exemple, le nombre de contacts avec les membres de la famille et les amis), l'état de santé physique et mentale (mesuré au moyen d'une échelle de Likert à cinq points), et des questions relatives aux substances et au traitement, notamment les substances consommées (au cours des 30 jours précédant l'incarcération et au cours des 30 derniers jours pendant la période d'incarcération) ainsi qu'à la participation à un TAO.

L'entrevue qualitative enregistrée durait environ de 30 à 60 minutes. Les questions portaient sur les trajectoires de consommation de drogues et les comportements à risque associés à celles-ci, les expériences en matière de TAO au sein de la collectivité avant l'incarcération, les expériences en matière de TAO en établissement, ainsi que les plans, les préparatifs et les attentes liés à la période suivant la mise en liberté (voir l'annexe D pour l'enquête quantitative et le guide d'entrevue qualitative).

Afin de mieux comprendre l'échantillon étudié et les résultats de l'étude, l'équipe de recherche a également utilisé et couplé certaines données administratives du SCC pour chaque participant, ce qui a fourni des données supplémentaires et complémentaires.

### **Recrutement**

Pour recruter les participants à l'étude, nous avons eu recours à deux méthodes principales. Tout d'abord, grâce à des relations établies et à une personne-ressource principale au sein de la Direction de la recherche du SCC, des personnes-ressources ont été désignées dans chaque établissement et ont été chargées de faciliter le recrutement et la collecte de données dans leur établissement. Les personnes-ressources occupaient différents postes au sein de chaque établissement, mais il s'agissait principalement d'adjoints administratifs aux directeurs d'établissements, de coordinateurs des accréditations, de chefs des soins de santé, d'infirmières en chef responsables du TAO et d'autres infirmières et membres du personnel de santé. L'équipe de recherche a organisé des téléconférences avec les personnes-ressources de chaque établissement avant la collecte des données afin d'établir des liens et de discuter des exigences institutionnelles propres à chaque établissement (p. ex., horaires, procédures d'attestation de sécurité, etc.). Une fois ces relations établies, la personne-ressource de la Direction de la recherche du SCC fournissait aux personnes-ressources des établissements une liste à jour des participants potentiellement admissibles qui répondaient aux critères de l'étude. Les personnes-ressources sur place communiquaient ensuite avec chaque participant potentiellement admissible

pour l'informer de l'étude et des dates auxquelles l'équipe de recherche se rendrait dans leur établissement, et lui remettre une note d'information sur l'étude. Afin de faciliter le déplacement des délinquants, la personne-ressource au sein de l'établissement remettait également aux participants potentiels un formulaire de « laissez-passer », qu'ils devaient remplir et retourner s'ils souhaitaient rencontrer l'équipe de recherche. Sur ce laissez-passer figurait leur nom complet, l'emplacement de leur cellule et leur numéro de série d'empreintes digitales (SED, soit le numéro d'identification du délinquant attribué par le gouvernement fédéral). Ce laissez-passer leur permettait de se rendre à l'unité de soins et à la salle d'entrevue le jour de la collecte des données s'ils souhaitaient participer à l'étude.

L'équipe de recherche a également fourni aux personnes-ressources de chaque établissement des documents de recrutement et du matériel promotionnel incluant une affiche et une note d'information sur l'étude, qui ont été distribués ou affichés dans l'unité de soins de santé de chaque établissement. Les participants qui souhaitaient participer à l'étude et qui y étaient potentiellement admissibles, mais qui n'avaient pas reçu d'information de la part des personnes-ressources au sein de leur établissement pouvaient manifester leur intérêt à participer à l'étude en composant gratuitement le numéro de téléphone inscrit sur l'affiche, en faisant part de leur intérêt au personnel de l'établissement, et en ajoutant leur nom à la liste des participants dont l'admissibilité serait vérifiée le jour de la collecte des données dans leur établissement. La liste des participants jugés potentiellement admissibles a été comparée à celle fournie par la personne-ressource de la Direction de la recherche du SCC afin de confirmer l'admissibilité potentielle des personnes concernées.

### **Admissibilité**

Les personnes admissibles étaient celles qui, au moment du recrutement :

- 1) étaient incarcérés dans l'un des sept établissements fédéraux du SCC en Ontario;
- 2) souffraient d'un TUO, conformément aux conditions d'inscription au programme de TAO du SCC;
- 3) avaient participé au programme de TAO du SCC pendant au moins trois mois;
- 4) avait une date de libération d'office ou une date d'admissibilité à la libération conditionnelle totale prévue dans les six prochains mois;
- 5) devaient être remises en liberté dans la région de l'Ontario;



6) avaient accepté de participer aux entrevues de référence (avant la mise en liberté) et de suivi (après la mise en liberté).

Avec l'aide de la personne-ressource sur place, lors du premier jour dans chaque établissement, les analystes de recherche invitaient chaque participant potentiellement admissible à se rendre à la salle d'entrevue pour prendre part à une rencontre de 15 minutes afin de procéder à une vérification initiale de leur admissibilité. Les deux analystes de recherche évaluaient de façon conjointe l'admissibilité de chaque participant potentiel à l'aide d'un questionnaire papier comportant des questions sur la durée de la peine, les antécédents de consommation d'opioïdes illicites, la participation à un TAO et la durée de cette participation, ainsi que les détails de la mise en liberté, si ceux-ci étaient connus (voir le questionnaire d'admissibilité à l'annexe B). Une fois l'admissibilité établie, les analystes de recherche planifiaient des rencontres avec les personnes admissibles à l'étude et manifestant un intérêt à y prendre part. Ces rencontres avaient lieu la même semaine (jours 2 à 5) à des moments qui convenaient à l'horaire des participants (p. ex., pendant les périodes de déplacement au sein de l'établissement, lorsque leur présence n'était pas requise dans le cadre d'un programme de travail ou d'éducation, ou d'un autre programme) et étaient consacrées à la réalisation des entrevues de référence. Un membre du personnel de chaque établissement aidait ensuite à inscrire toutes les personnes souhaitant participer à l'étude dans les créneaux horaires prévus pour les entrevues et délivrait des laissez-passer de sécurité pour faciliter les déplacements des participants le jour de l'entrevue.

### **Consentement**

Après le processus d'examen de l'admissibilité, les participants jugés admissibles et souhaitant prendre part à l'étude se présentaient à l'heure prévue pour leur entrevue au cours de la semaine en utilisant le laissez-passer qui leur avait été remis. Ils étaient ensuite invités à remplir les documents relatifs au consentement éclairé<sup>1</sup> immédiatement avant de prendre part à l'entrevue de référence. Le processus d'obtention du consentement éclairé comprenait une description complète des procédures utilisées dans le cadre de l'étude, l'assurance de la confidentialité et de l'anonymat des rapports de l'étude, une description des risques et avantages

---

<sup>1</sup> Les procédures utilisées dans le cadre de l'étude ont été approuvées par le comité d'éthique de la recherche (CER) du Centre de toxicomanie et de santé mentale (CAMH) : n° 013-2018).

potentiels découlant de la participation à l'étude, et un résumé des droits des participants à l'étude (voir le formulaire de consentement à l'annexe C). Les participants étaient également informés qu'ils recevraient, lors de l'évaluation de suivi, une somme de 50 \$ pour leur temps et leur participation à l'étude, puisque des honoraires ne peuvent être versés au sein des établissements (Service correctionnel du Canada, 2017a). Le contenu du formulaire de consentement éclairé a également été résumé verbalement à chaque participant, et tous les participants ont été invités à signer le formulaire afin de confirmer leur consentement à participer à l'étude, avant de procéder à l'évaluation de base. Les participants ont reçu une copie du formulaire de consentement ainsi qu'une carte sur laquelle étaient inscrits le numéro de téléphone sans frais de l'étude et l'adresse de courriel pour communiquer avec le personnel de l'étude. Les participants étaient invités à informer les analystes de recherche de toute question ou préoccupation concernant l'étude.

Le consentement pour les entrevues de référence et de suivi a été recueilli lors du processus de consentement initial. Lors de l'obtention du consentement, les analystes de recherche ont également obtenu des participants l'autorisation de contacter leur agent de libération conditionnelle dans la collectivité afin de faciliter les communications lors de l'étape de suivi de l'étude. Les participants qui ne souhaitaient pas que les analystes de recherche prennent contact avec leur agent de libération conditionnelle dans la collectivité ont été invités à fournir leurs coordonnées personnelles afin de faciliter les contacts lors de l'étape de suivi.

### **Gestion des données**

Cette étude était confidentielle et anonyme. Au cours du processus d'admissibilité et de consentement, chaque participant a fourni aux analystes de recherche un nom de code dont il se souviendrait, et a reçu un code d'identification unique qui a par la suite été utilisé pour l'identifier lors des entrevues de référence et de suivi. En outre, et afin de relier les données administratives du CSC, les participants ont fourni leur numéro de série d'empreintes digitales (SED), qui a été consigné séparément de tous les autres documents de l'étude. L'ensemble des copies papier des questionnaires d'admissibilité remplis, des formulaires de consentement, des entrevues de référence, ainsi que des fichiers d'enregistrement audio ont été stockés et transférés de l'établissement aux bureaux des analystes de recherche dans un contenant de sécurité auquel seuls les membres de l'équipe de recherche pouvaient accéder. Après avoir été transférés, tous les fichiers papier ont été rangés dans un classeur verrouillé dans le bureau sécurisé des analystes

de recherche, tandis que tous les fichiers électroniques et audio ont été importés sur un serveur interne sécurisé, puis supprimés des appareils d'enregistrement portables. Toutes les données correspondant à chaque identifiant individuel et dépersonnalisé de l'étude ont été stockées de façon sécuritaire, et ce, uniquement en vue de traitements et d'analyses ultérieurs sous forme anonymisée et agrégée.

### **Sources des données**

En plus des données primaires recueillies lors des entrevues de référence, la Direction de la recherche du SCC a fourni des données supplémentaires provenant de deux bases de données primaires. Les sources de données du SCC comprennent le Système de gestion des délinquants (SGD), où sont stockés tous les dossiers des délinquants et qui contient des renseignements tels que les caractéristiques démographiques et d'autres caractéristiques touchant différentes sphères, les dossiers d'admission et de mise en liberté, les informations sur les peines et les condamnations, les évaluations destinées à la prise de décisions (p. ex., risque de récidive), la participation à des programmes correctionnels, les dossiers sur le comportement en détention (p. ex., infractions disciplinaires) et au sein de la collectivité (p. ex., analyses d'urine) ainsi que d'autres dossiers connexes, du début à la fin de la peine (Service correctionnel du Canada, 2013). En outre, les données ont été tirées du Questionnaire informatisé sur la toxicomanie (QIT), qui est administré lors de l'admission d'un délinquant dans un établissement fédéral. Le QIT comprend des mesures normalisées servant à déterminer la gravité de la toxicomanie, y compris le Questionnaire sur la consommation de drogues (DAST) et le Questionnaire sur la consommation d'alcool (ADS; Service correctionnel du Canada, 2018; Kunic et Grant, 2006)

### **Analyse des données/approche analytique**

Toutes les données quantitatives de l'enquête ont été saisies dans une base de données Excel, dont l'exactitude a été vérifiée à deux reprises. Des tableaux descriptifs de base (p. ex., fréquences, tableaux croisés) ont été générés à partir d'une combinaison de données d'entrevues avec les participants et de certaines données administratives complémentaires provenant du SCC.

Concernant les analyses de données qualitatives, les données enregistrées ont été transcrites textuellement et importées dans un logiciel de gestion des données qualitatives (Nvivo 12). Toutes les transcriptions des entrevues ont été soumises à un processus d'analyse thématique inductive, et une liste de codage a été créée à la suite de discussions approfondies

entre les membres de l'équipe de recherche. La liste de codage a été utilisée pour coder et organiser les thèmes ayant émergé des données qualitatives, et a été révisée de manière itérative en fonction de l'émergence de nouveaux sujets dans les données des entrevues. Tous les codages ont été effectués par deux analystes de recherche, et toutes les révisions de la liste de codage et les divergences de codage ont été résolues grâce à des discussions continues entre les analystes de recherche. Une approche d'enquête qualitative rapide a été utilisée pour l'analyse des données (Johnson et Vindrola-Padros, 2017). Des résumés du contenu narratif et une sélection de citations sont présentés pour illustrer et corroborer chacun des thèmes principaux.

## **Résultats**

### **Résultats quantitatifs**

#### **Échantillon**

La cohorte prospective était composée d'hommes et de femmes incarcérés dans des établissements fédéraux et ayant participé à l'entrevue de référence entre le 15 janvier et le 31 mars 2019. Au sein des sept établissements du SCC en Ontario, l'équipe de recherche a sélectionné 68 participants potentiellement admissibles; au total, 47 délinquants (41 hommes et 6 femmes) sous responsabilité fédérale ont participé à cette étude. En raison d'un déplacement vers un autre établissement, un participant a été exclu, car il n'a pas été en mesure de terminer l'étude, ce qui a porté le nombre de participants à 46.

#### **Caractéristiques sociodémographiques**

Les caractéristiques sociodémographiques sont présentées au tableau 1. La majorité (87 %) des participants étaient des hommes, et l'âge moyen des participants était de 36 ans. Environ 33 % d'entre eux ont déclaré être d'origine autochtone, et 65 % ne détenaient pas de diplôme d'études secondaires. Plus de la moitié (54 %) ont déclaré avoir connu une situation de logement instable avant leur incarcération, et la grande majorité d'entre eux (83 %) ont déclaré avoir participé à des activités illégales en tant que principale source de revenus au cours des 30 jours précédant leur incarcération.

Tableau 1

Caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon étudié (n=46)

Caractéristiques	(%)	(n)
Sexe		
<i>Homme</i>	87,0	(40)
<i>Femme</i>	13,0	(6)
Âge moyen M (écart-type)	36,4	(7,7)
Ascendance autochtone <sup>#</sup>	32,6	(15)
Niveau de scolarité atteint inférieur au diplôme d'études secondaires <sup>#</sup>	65,2	(30)
Situation de logement instable avant l'incarcération <sup>#</sup>	54,4	(25)
Principale source de revenus (30 jours avant l'incarcération) <sup>*</sup>		
<i>Activités illégales</i>	82,6	(38)
<i>Prestations sociales/aide sociale</i>	60,9	(28)
<i>Famille et amis</i>	32,6	(15)
<i>Emploi légitime</i>	26,1	(12)
<i>Travail clandestin (non déclaré)</i>	26,1	(12)
<i>Épargne personnelle</i>	17,3	(8)
<i>Autre</i>	< 10,0	(†)

Remarques : \*les réponses ne s'excluent pas mutuellement; <sup>#</sup>données obtenues auprès du SCC; †information supprimée en raison de fréquences inférieures à 5 dans une catégorie.

### Caractéristiques criminogènes et renseignements relatifs à la détention en établissement

Les caractéristiques criminogènes des participants à l'étude ainsi que les caractéristiques de leur détention sont présentées au tableau 2. Environ 22 % des participants avaient été condamnés pour une infraction liée à la drogue, et la même proportion avait été condamnée pour un vol qualifié. La durée moyenne de leur peine était de trois ans. De nombreux participants (83 %) avaient participé à des programmes correctionnels pendant leur période d'incarcération. Près de la moitié (44 %) avaient commis des infractions disciplinaires en établissement, tandis que 22 % avaient été impliqués dans des incidents liés à la drogue ou à la contrebande lors de leur détention. La majorité des participants (78 %) s'étaient soumis au moins une fois à une analyse d'urine aléatoire au cours de leur incarcération; 17 % avaient reçu un résultat positif révélant une consommation de substances illicites, tandis que 8 % avaient obtenu un résultat positif démontrant la présence d'opioïdes.

Tableau 2

Caractéristiques criminogènes de l'échantillon étudié et renseignements relatifs à la détention en établissement ( $n=46$ )

Indicateur	(%)	(n)
Cote de sécurité du délinquant au moment de l'entretien <sup>#</sup>		
<i>Moyenne/maximale</i>	78,3	(36)
<i>Minimale</i>	21,7	(10)
Type d'infraction <sup>#</sup>		
<i>Autre infraction avec violence*</i>	34,8	(16)
<i>Infraction liée à la drogue/ Autre infraction non violente</i>	28,3	(13)
<i>Vol qualifié</i>	21,7	(10)
<i>Infraction liée aux biens</i>	15,2	(7)
Durée de la peine (années) <sup>#</sup>		
<i>Moyenne (ÉT)</i>	3,1	(1,3)
<i>Médiane</i>	2,5	
Nombre de peines <sup>#</sup>		
<i>Une</i>	60,9	(28)
<i>Deux et plus</i>	39,1	(18)
Activités en établissement <sup>#†</sup>		
<i>Programmes correctionnels</i>	82,6	(38)
<i>Programmes correctionnels — Intensité modérée</i>	60,9	(28)
<i>Programmes d'éducation</i>	39,1	(18)
<i>Emploi</i>	19,6	(9)
Accusations d'infractions disciplinaires <sup>#†</sup>	43,5	(20)
Incidents en établissement <sup>#†</sup>	45,7	(21)
<i>Infraction liée à la drogue ou à la contrebande</i>	21,7	(10)
<i>Infraction liée à un autre type de contrebande</i>	17,4	(8)
Analyse d'urine aléatoire réalisée en établissement <sup>#†</sup>	78,3	(36)
<i>Résultat positif révélant la consommation de substances illicites</i>	16,7	(6)

Remarques : <sup>#</sup>données obtenues auprès du SCC; \*les autres infractions violentes incluent les homicides, les infractions sexuelles, les voies de fait et les autres infractions avec violence. <sup>†</sup>Seul un délinquant avait une cote de sécurité maximale. <sup>+</sup>La période examinée pour ces indicateurs était comprise entre l'admission initiale en détention fédérale et la date de l'entrevue menée dans le cadre de l'étude. Les programmes correctionnels incluent des programmes multicibles et axés sur les compétences cognitivo-comportementales qui s'attaquent à de multiples facteurs de risque liés au comportement criminel du délinquant, et sont proposés à des niveaux d'intensité modérée et élevée. †Information supprimée en raison de fréquences inférieures à 5 dans une catégorie.

### **Caractéristiques liées à la consommation de substances et aux risques connexes**

Les informations relatives à la consommation de substances et aux risques connexes sont présentées au tableau 3. Trente-sept pour cent (37 %) des répondants ont déclaré que les opioïdes étaient la drogue qu'ils utilisaient le plus au cours de l'année précédant leur arrestation, et plus d'un quart (26 %) d'entre eux utilisaient spécifiquement des opioïdes sur ordonnance. Un nombre égal de participants (78 %) ont déclaré avoir consommé des opioïdes ou des stimulants sur ordonnance dans les 30 jours précédant leur incarcération. Le problème de consommation de la plupart (83 %) avait été évalué comme étant modéré à grave au moment de leur admission. Plus de la moitié (57 %) des participants avaient des antécédents de polytoxicomanie; 50 % ont déclaré avoir consommé des drogues injectables au cours de leur vie et 37 % s'être injecté des drogues dans les 30 jours précédant leur incarcération.

### **Caractéristiques liées aux traitements**

Les informations relatives aux traitements sont présentées au tableau 4. En ce qui concerne les traitements autres que le TAO suivis dans les 30 jours précédant l'incarcération, 46 % des participants ont déclaré avoir eu recours à des services de réduction des méfaits (p. ex., programmes d'échange de seringues) pour leur consommation de drogues. Près de la moitié (48 %) des participants avaient participé à un TAO avant leur admission dans un établissement fédéral, tandis que 43 % ont déclaré avoir suivi un TAO dans les 30 jours précédant leur incarcération; 95 % d'entre eux ont déclaré avoir reçu un TAO à base de méthadone, et 60 % de ces participants ont également déclaré avoir suivi leur TAO principalement dans une clinique de TAO à but lucratif. Environ 40 % des participants ont été admis dans un établissement du SCC alors qu'ils suivaient un TAO, et la majorité (67,4 %) était sous méthadone pendant leur période d'incarcération.



Tableau 3

Consommation de substances et risques connexes au sein de l'échantillon étudié (n=46)

<b>Indicateur</b>	<b>(%)</b>	<b>(n)</b>
Opioides les plus consommés (dans les 12 mois précédant l'arrestation) #	37,0	(17)
<i>Opioides sur ordonnance</i>	26,1	(12)
<i>Héroïne</i>	10,9	(5)
Substances consommées (dans les 30 jours précédant l'arrestation)*=		
<i>Cannabis</i>	56,5	(26)
<i>Stimulants</i>	78,3	(36)
<i>Opioides sur ordonnance</i> ^	78,3	(36)
<i>Héroïne</i>	65,2	(30)
<i>Toute autre substance</i>	32,6	(15)
Gravité de la consommation de substances au moment de l'admission#		
<i>Aucune/faible</i>	17,1	(7)
<i>Moyenne</i>	24,4	(10)
<i>Importante/grave</i>	58,5	(25)
Incident(s) de surdose pendant l'incarcération#	0,0	(0)
Substances consommées (au cours des 30 derniers jours pendant l'incarcération)=		
<i>Cannabis</i>	28,3	(13)
<i>Stimulants</i>	0,0	(0)
<i>Opioides sur ordonnance</i>	10,9	(5)
<i>Héroïne</i>	< 10,0	(†)
<i>Toute autre substance</i>	10,9	(5)
Antécédents de polytoxicomanie#	56,5	(26)
Antécédents d'utilisation de drogues injectables	50,0	(23)
<i>Au cours de la vie</i> ^	50,0	(23)
<i>Dans les 30 jours précédant l'incarcération</i>	37,0	(17)

*Remarques* : \*Les réponses ne s'excluent pas mutuellement; #données obtenues auprès du SCC; =la catégorie du cannabis comprend les produits comestibles, les concentrés et les huiles; la catégorie des opioïdes sur ordonnance comprend les opioïdes faibles délivrés sur ordonnance (p. ex., codéine, hydrocodone, Percocet, tramadol), les opioïdes puissants délivrés sur ordonnance (p. ex, morphine, hydromorphone, mépéridine, fentanyl, etc.) et d'autres opioïdes délivrés sur ordonnance ou combinés à d'autres produits; la catégorie des stimulants inclut la cocaïne, le crack ou les méthamphétamines/amphétamines; la catégorie « Toute autre substance » comprend le cannabis synthétique, les hallucinogènes, les benzodiazépines ou autres psychotropes, ou les autres réponses. †Information supprimée en raison de fréquences inférieures à 5 dans une catégorie.

Tableau 4

Caractéristiques de l'échantillon étudié en matière de traitement (n=46)

Indicateur	(%)	(n)
Traitements ou services de toxicomanie autres que le TAO utilisés (dans les 30 jours précédant l'incarcération)*=		
<i>Traitement en clinique externe</i>	17,4	(8)
<i>Traitement en milieu hospitalier</i>	< 10,0	(†)
<i>Services de réduction des méfaits</i>	45,7	(21)
<i>Groupes de soutien</i>	15,2	(7)
<i>Tous les autres traitements ou services</i>	26,1	(12)
Participation à un TAO avant l'admission dans un établissement fédéral#	47,8	(22)
Participation à un TAO (dans les 30 jours précédant l'incarcération)	43,5	(20)
Type(s) de TAO suivi(s) (dans les 30 jours précédant l'incarcération)*&		
<i>Méthadone</i>	95,0	(19)
<i>Suboxone®</i>	< 10,0	(†)
<i>Méthadone et Suboxone®</i>	< 10,0	(†)
<i>Hydromorphone</i>	< 10,0	(†)
Type(s) de fournisseur(s) de TAO (dans les 30 jours précédant l'incarcération)*&		
<i>Clinique de TAO à but lucratif</i>	60,0	(12)
<i>Médecin de premier recours</i>	< 10,0	(†)
<i>Clinique de santé communautaire</i>	35,0	(7)
<i>Milieu correctionnel</i>	< 10,0	(†)
<i>Tous les autres fournisseurs de TAO</i> <sup>+</sup>	25,0	(5)
Admis au SCC pendant la participation à un TAO#	39,1	(18)
Type(s) de TAO suivi(s) pendant l'incarcération dans un établissement du SCC#		
<i>Méthadone</i>	67,4	(31)
<i>Suboxone®</i>	32,6	(15)

Remarque : \*Les réponses ne s'excluent pas mutuellement; #données obtenues auprès du SCC; &réponses basées sur un échantillon de n=20 participants ayant déclaré avoir participé à un TAO au cours des 30 derniers jours; †la catégorie « Services de réduction des méfaits » comprend le recours à des programmes d'échange de seringues, des trousse destinées à un usage plus sécuritaire, des trousse de naloxone, etc.; la catégorie « Traitement en clinique externe » comprend les thérapies de groupe, les thérapies ou l'accompagnement individuels, et la prévention des rechutes; la catégorie « Traitement en milieu hospitalier » comprend les traitements en établissement, la réhabilitation, la désintoxication et la gestion du sevrage; les groupes de soutien incluent les groupes d'entraide tels que les Alcooliques Anonymes, les Narcotiques Anonymes, etc.; la catégorie « Tous les autres traitements ou services » comprend les hospitalisations ou les autres réponses. <sup>+</sup>La catégorie « Tous les autres fournisseurs de TAO » comprend les hôpitaux ou les autres réponses. †Information supprimée en raison de fréquences inférieures à 5 dans une catégorie.

### **Caractéristiques psychosociales et caractéristiques de santé**

Les caractéristiques psychosociales et relatives à la santé sont présentées au tableau 5. Plus de la moitié (59 %) des participants ont déclaré avoir eu des contacts quotidiens ou quasi quotidiens avec des membres de leur famille ou des amis proches au cours des 30 jours précédant leur incarcération, tandis que 30 % ont déclaré avoir eu la même fréquence de contacts avec ces personnes au cours des 30 derniers jours pendant l’incarcération. La majorité (environ 60 %) des répondants ont affirmé que leur état de santé physique et mentale actuel était « bon ».

Tableau 5

Caractéristiques psychosociales et caractéristiques de santé de l'échantillon étudié ( $n=46$ )

<b>Indicateur</b>	<b>(%)</b>	<b>(n)</b>
Contact avec des membres de la famille ou des amis proches (dans les 30 jours précédant l'incarcération)		
<i>Jamais / Rarement (une ou deux fois)</i>	15,2	(7)
<i>Occasionnellement (quelques fois par semaine)</i>	15,2	(7)
<i>Fréquemment (plusieurs fois par semaine)</i>	10,9	(5)
<i>Très fréquemment (sur une base quotidienne ou quasi quotidienne)</i>	58,7	(27)
Contact avec des membres de la famille ou des amis proches (au cours des 30 derniers jours)		
<i>Jamais</i>	10,9	(5)
<i>Rarement (une ou deux fois)</i>	15,2	(7)
<i>Occasionnellement (quelques fois par semaine)</i>	28,3	(13)
<i>Fréquemment (plusieurs fois par semaine)</i>	15,2	(7)
<i>Très fréquemment (sur une base quotidienne ou quasi quotidienne)</i>	30,4	(14)
État de santé physique actuel		
<i>Médiocre / Passable</i>	19,6	(9)
<i>Bon</i>	58,7	(27)
<i>Très bon / Excellent</i>	21,8	(10)
État de santé mentale actuel		
<i>Médiocre / Passable</i>	19,6	(9)
<i>Bon</i>	60,9	(28)
<i>Très bon / Excellent</i>	19,6	(9)

*Remarque* : Les contacts ont été mesurés à l'aide d'une échelle de Likert à cinq points (1 = jamais; 2 = rarement; 3 = occasionnellement; 4 = fréquemment; 5 = très fréquemment); l'état de santé a été mesuré à l'aide d'une échelle de Likert à cinq points (1 = médiocre; 2 = passable; 3 = bon; 4 = très bon; 5 = excellent). †Information supprimée en raison de fréquences inférieures à 5 dans une catégorie.

## Résultats qualitatifs

Nous présentons ci-dessous des comptes rendus sommaires des résultats ainsi que des citations des participants illustrant les quatre thèmes prédominants qui ont émergé de l'analyse qualitative des données recueillies lors des entrevues de référence :

- Début de la consommation d'opioïdes, trajectoires de consommation et effets sur la santé, la vie sociale et les finances
- Expériences de TAO dans la collectivité
- Expériences de TAO en établissement
- Perspectives sur la mise en liberté dans la collectivité et les transitions

### **Début de la consommation d'opioïdes, trajectoires de consommation et effets sur la santé, la vie sociale et les finances**

Tous les participants ont déclaré avoir consommé des opioïdes avant leur incarcération. La plupart ont mentionné une consommation concomitante ou antérieure d'autres substances non opioïdes telles que la cocaïne, la méthamphétamine, le cannabis et l'alcool. Seuls quelques participants ont admis avoir consommé des substances pendant leur période d'incarcération actuelle, bien qu'ils aient été nombreux à affirmer pouvoir se procurer facilement des substances au sein de leur établissement.

En ce qui concerne les trajectoires de consommation de drogues, de nombreux participants ont été exposés pour la première fois à la consommation de substances à l'adolescence. L'exposition initiale aux opioïdes était toutefois plus souvent associée à la gestion de la douleur à un âge plus avancé, de nombreux participants ayant déclaré avoir utilisé des opioïdes prescrits après avoir subi des blessures ou souffert de problèmes de santé. Quelques répondants étaient également d'avis que leur utilisation avait été déclenchée par le fait d'exercer des professions exigeantes sur le plan physique, notamment dans le secteur de la construction. Toutefois, certains participants ont mentionné que leur consommation de substances était associée à des expériences traumatisantes, comme le fait d'avoir été victime de maltraitance ou de négligence pendant l'enfance, ou la perte d'êtres chers.

*« Je pense que cela vient du fait d'être déprimé. Après le décès de mon père, je n'ai pas pu faire mon deuil, et j'étais en couple avec une personne toxicomane. »*

*(Participant n° 29)*

Quelques participants ont précisé que leur consommation de drogues avait progressé après leur incarcération, car ils n'avaient plus accès aux opioïdes qui leur avaient été prescrits de façon légitime et que l'établissement ne leur fournissait plus. La plupart des participants ont affirmé que leur substance de prédilection avait changé au fil des ans, et plusieurs d'entre eux ont déclaré être passés des opioïdes sur ordonnance prescrits de façon légitime à des opioïdes sur ordonnance obtenus dans la rue, puis à l'héroïne et au fentanyl, souvent parce que les opioïdes obtenus dans la rue étaient plus puissants et plus abordables.

De même, la plupart des répondants ont signalé des changements relatifs au mode d'administration des drogues consommées, qu'ils ont d'abord ingérées, puis inhalées et fumées et que, dans certains cas, elles se sont ensuite injectées. Par exemple, lorsqu'on lui a demandé si sa consommation d'opioïdes avait changé au fil du temps et de quelle façon, un participant a déclaré :

*« Quand j'ai commencé à en prendre, ce n'était que des pilules que j'avalais, puis j'ai commencé à les renifler, et ensuite, quand j'ai commencé à prendre de l'oxy, j'ai découvert que je pouvais la fumer, alors j'ai commencé à fumer également des pilules. »*  
(Participant n° 36)

La plupart des personnes interrogées ont souligné le fait que leur consommation d'opioïdes avait entraîné des conséquences physiques néfastes, notamment des problèmes superficiels tels que des problèmes dentaires et de poids, ainsi que des problèmes plus physiologiques comme la somnolence, la tolérance, la dépendance, ainsi que des épisodes de sevrage et des incidents de surdose. Dans certains cas, les participants avaient contracté des maladies telles que l'hépatite C en s'injectant des drogues avec des seringues usagées ou en partageant un attirail de préparation de drogues. Toutefois, la plupart avaient reçu un traitement contre cette maladie pendant leur incarcération ou s'étaient soignés eux-mêmes.

*« J'ai contracté l'hépatite C, mais j'ai suivi un traitement lors de ma première incarcération dans une prison fédérale. Après être sorti, je me suis injecté à nouveau parce que j'ai rechuté... mais si on faisait une prise de sang, on verrait que les anticorps sont présents, mais je ne suis pas contagieux. »*  
(Participant n° 28)

De nombreux participants estimaient que les opioïdes avaient également altéré leur bien-être mental, évoquant des symptômes de dépression, d'anxiété ou de pensées suicidaires, ou des tentatives de suicide, tandis qu'un certain nombre de répondants faisaient état de troubles concomitants tels que le TDAH, le TSPT, le trouble bipolaire, la schizophrénie, etc. Lorsqu'on a demandé à un participant si les opioïdes avaient eu des répercussions sur sa santé mentale, celui-ci a déclaré :

*« Oh, ouais. J'ai tenté de me suicider à quatre reprises au cours de la dernière année. Je ne dis pas ça pour avoir de la sympathie, mais oui, je pense que ma consommation a eu des répercussions sur ma santé mentale jusqu'à un certain point. J'ai récemment reçu un diagnostic de trouble bipolaire... C'est peut-être dû aux drogues que j'ai consommées, je ne sais pas. Je souffre de TSPT... »*

*(Participant n° 42)*

Presque tous les participants ont mentionné que leur consommation d'opioïdes avait eu des répercussions négatives sur leurs relations avec leurs amis et les membres de leur famille. D'autres participants ont déclaré s'être vu refuser tout contact avec leurs enfants en raison de leur consommation de substances illicites, tandis que de nombreux répondants ont indiqué que les coûts financiers de leur consommation de substances les avaient amenés à se livrer à des activités criminelles telles que le vol et le trafic de drogues afin de financer leur consommation d'opioïdes.

### **Expériences de TAO dans la collectivité**

La plupart des participants ont déclaré qu'ils connaissaient le TAO avant leur incarcération actuelle. Certains ont mentionné avoir participé par le passé à des traitements à base de méthadone et, dans des cas plus rares, à base de Suboxone®. Selon la plupart des répondants, le TAO était très utile pour éviter les symptômes de sevrage ou réduire leur besoin ou leur désir de consommer des opioïdes. Par exemple, un participant a déclaré :

*« Certaines de mes envies, comme les besoins incontrôlables, ont tout simplement disparu, et lorsque je fais certaines des choses qui déclenchaient des envies auparavant, ces envies ne se manifestent plus. À présent, lorsque je ressens des envies, je suis mieux en mesure de les contrôler. »*

(Participant n° 36)

La préférence pour le Suboxone® ou la méthadone variait selon les participants, mais la plupart d'entre eux ont déclaré que le programme de méthadone était plus connu et discuté entre pairs, et qu'il était plus accessible. L'une des principales raisons mentionnées concernant la préférence pour la méthadone était la possibilité de continuer à consommer d'autres substances illicites pendant le traitement. La méthadone était donc considérée et souvent utilisée en tant que « solution de secours » ou qu'outil permettant de réduire la consommation d'opioïdes et les dépenses qui en découlent, et d'éviter les symptômes de sevrage en disposant d'un approvisionnement sûr en opioïdes.

*« Pendant que je suivais un traitement à la méthadone, je continuais à prendre de l'héroïne. J'en consommais carrément. Donc cela m'aidait, mais en même temps, cela ne m'aidait pas. La méthadone ne fonctionnait pas vraiment pour moi quand j'étais dans la collectivité. J'ai en quelque sorte abandonné et j'ai dit, oublions ça, et j'ai continué à me droguer. Le fait que l'on puisse boire de la méthadone et continuer à se droguer n'aide pas. »*

(Participant n° 12)

D'autre part, de nombreux participants ont mentionné que la méthadone était associée à une plus grande stigmatisation et avait des effets négatifs sur la santé, notamment la carie dentaire, la prise de poids, la baisse du taux de testostérone, le manque d'énergie et la léthargie. En outre, de nombreux participants ont déclaré que la méthadone provoquait des symptômes de sevrage plus graves ainsi qu'une dépendance physiologique. Plusieurs répondants ont comparé la méthadone à des « menottes liquides » ou à un moyen utilisé par les établissements pour exercer un contrôle sur les participants. Par exemple, un participant a exprimé ce point de vue de la façon suivante :

*« La méthadone est la pire des merdes, et j'ai le sentiment que [l'établissement] veut nous garder dépendants de la méthadone pour pouvoir nous surveiller. Parce que quand tu sors et que tu participes au programme de méthadone, si tu manques deux rendez-vous, tu contreviens aux conditions de ta mise en liberté, alors tu reviens ici. »*

(Participant n° 5)



De nombreux participants ont décrit le Suboxone® comme ayant moins d'effets nocifs sur la santé que la méthadone, estimant qu'il représentait également un moyen de dissuasion psychologique plus fort. Les participants étaient d'avis que le Suboxone® diminuait l'effet des autres opioïdes; selon eux, il pouvait provoquer des symptômes de sevrage lorsque d'autres opioïdes étaient utilisés ou injectés.

*« Pour ce qui est du Suboxone, on m'a dit que si on prend du Suboxone et qu'on se drogue, on entre immédiatement en sevrage. »*

*(Participant n° 12)*

### **Expériences de TAO en établissement**

En ce qui concerne la participation aux programmes de TAO du SCC, deux expériences divergentes ont été relatées. Les participants qui participaient déjà à un TAO — que ce soit dans la collectivité ou au sein d'un autre établissement correctionnel provincial — juste avant leur période d'incarcération actuelle n'ont eu aucune difficulté à accéder au programme de TAO, notamment lors de leur transfert du système provincial au système fédéral, ou lors de leur transfert entre différents établissements fédéraux. En revanche, les personnes qui n'avaient pas participé à un programme communautaire de TAO auparavant, ou dont le traitement avait été perturbé pendant leur séjour dans un établissement provincial et qui ne suivaient pas de TAO au moment de leur transfert dans le système fédéral, ont eu beaucoup de mal à accéder au programme de TAO. Ces participants ont déclaré avoir été en sevrage (et, dans de nombreux cas, avoir éprouvé des symptômes pendant plus d'une semaine) et avoir été inscrits sur des listes d'attente extrêmement longues, plusieurs indiquant qu'on les avait informés qu'ils ne pourraient pas s'inscrire au programme tant qu'ils n'auraient pas rejoint leur établissement « d'attache ». Dans certains cas extrêmes, les participants ont fait état d'efforts futiles pour s'inscrire au programme et ont relaté des anecdotes sur la façon dont certains de leurs pairs s'étaient vu opposer un refus catégorique, ce qui les avait conduits à consommer des substances et à subir des conséquences négatives telles qu'une surdose :

*« J'ai vu tellement de gens présenter des demandes d'admission au programme et essayer des refus. J'ai vu tellement de gens se voir refuser l'accès au programme, des gens qui en ont besoin. J'ai vu un gars ici qui essayait de s'inscrire au programme. Il*

*présentait des demandes au services de santé, aux médecins, à gauche, à droite, partout, et le gars a fini par faire une surdose, tu vois? Il a survécu, mais je veux dire, il a fait une surdose et il continue de se battre pour accéder au programme, et je me demande ce que ça prendra, tu comprends? »*

*(Participant n° 1)*

Un autre défi signalé par la plupart des participants était lié au fait que l'administration quotidienne du programme prenait beaucoup de temps, dans de nombreux cas en raison du manque de personnel.

D'un établissement à l'autre, de nombreux participants ont fait état d'expériences divergentes en matière de TAO et d'interactions avec le personnel des services de santé. L'un des problèmes les plus fréquemment signalés était lié au fait que, dans la plupart des établissements, les médecins ne permettaient pas aux participants d'entreprendre un traitement à base de Suboxone®, affirmant que ce traitement était réservé aux personnes souffrant d'un problème cardiaque (confirmé par un électrocardiogramme) qui les empêchait de prendre de la méthadone. Par exemple, un participant a expliqué que c'était la raison pour laquelle on lui avait refusé le Suboxone® :

*« Elle [le médecin spécialiste de la méthadone] m'a dit que si je n'avais pas de problème cardiaque, comme des palpitations ou un problème cardiovasculaire causé par la méthadone, ce qui était mon cas, je ne pouvais pas prendre de Suboxone® »*

*(Participant n° 5)*

Un autre problème qui s'est posé concernait le passage de la méthadone au Suboxone®. Dans la plupart des établissements, les médecins n'autorisaient aucun changement de modalité de traitement, tandis que d'autres ne l'autorisaient qu'au moment où le participant se rapprochait de sa date de mise en liberté dans la collectivité ou lorsqu'il se trouvait dans son établissement d'« attache ».

Outre les questions liées à la possibilité ou non pour les participants de changer de formule de TAO, la plus grande divergence entre les établissements (et les médecins) concernait la procédure de transition. La plupart des médecins ont expliqué aux participants qu'ils devaient passer par la période traditionnelle de désintoxication à la méthadone de trois jours avant de pouvoir commencer à prendre du Suboxone®, ce qui a été perçu par la plupart des participants comme constituant un important élément dissuasif. Cependant, certains établissements et médecins ont permis un autre type de transition entre les programmes de TAO en facilitant une technique de « microdosage » consistant à sevrer lentement le participant de la méthadone tout en introduisant progressivement de petites doses de Suboxone® dans son système, ce qui était jugé plus souhaitable.

La plupart des participants inscrits au programme de Suboxone® ont exprimé une préférence pour le format traditionnel sous forme de comprimés, expliquant qu'ils n'aimaient pas le goût des films sublinguaux de Suboxone®. D'autres, au contraire, n'aimaient pas le format du comprimé, estimant que les films sublinguaux avaient des effets plus prononcés et plus durables que ceux des comprimés. Cette perception était principalement liée au fait que le personnel soignant écrasait le Suboxone® avant de le leur administrer. Plusieurs participants estimaient que cette façon de faire réduisait de façon importante la force de leur dose et entraînait des symptômes de sevrage tout au long de la journée. Par exemple, un participant a expliqué :

*« Je suivais un traitement de Suboxone® et ils ont commencé à écraser les pilules, et quand ils faisaient ça, ils auraient tout aussi bien pu couper ma dose en deux, vous savez. J'en prends pour gérer la douleur... Et ça ne durait pas. Chaque fois qu'ils l'écrasaient et qu'arrivait six ou sept heures, je commençais à, vous savez, me sentir vraiment mal. »*  
(Participant n° 37)

Concernant les soutiens non liés au TAO en matière de consommation de substances au sein du SCC, peu de participants ont déclaré avoir accès à des programmes supplémentaires liés

à la consommation de substances, outre les programmes correctionnels obligatoires multicibles offerts au sein des établissements. Certains répondants ont exprimé le souhait d'obtenir davantage de services de counselling ou portant spécifiquement sur la toxicomanie au sein de leur établissement. La plupart des participants ont déclaré avoir accès à des groupes d'entraide en douze étapes tels que les Alcooliques Anonymes (AA) et les Narcotiques Anonymes (NA); plusieurs avaient fréquenté ces groupes et les avaient trouvés utiles. Toutefois, certains participants ont exprimé des réserves à l'égard des programmes, exprimant des doutes au sujet du maintien de la confidentialité.

### **Perspectives sur la mise en liberté dans la collectivité et les transitions**

Bien que la plupart des participants ont mentionné qu'ils souhaitaient poursuivre le TAO immédiatement après leur mise en liberté et s'abstenir de consommer de la drogue, plusieurs ont affirmé qu'ils prévoyaient abandonner le TAO à long terme. Ils envisageaient plusieurs obstacles à l'adhésion au traitement, notamment le manque de moyens de transport pour se rendre à la clinique, la difficulté de concilier les rendez-vous quotidiens avec leur horaire de travail, le coût du TAO s'ils ne pouvaient obtenir un financement par le biais de la sécurité sociale, et la stigmatisation associée au TAO. Certains participants ont parlé de l'expérience de leurs pairs qui avaient été mis en contact avec un prestataire communautaire de TAO trop éloigné de leur lieu de résidence, ou qui n'étaient pas en mesure de payer le traitement, ce qui les avait amenés à manquer des rendez-vous, à voir leur libération révoquée et à retourner en détention. Ces anecdotes ont accru leur inquiétude quant à leur capacité à adhérer à un TAO dans la collectivité.

La plupart des participants ont mentionné que leur établissement facilitait les contacts avec des programmes communautaires, mais quelques-uns étaient incertains de pouvoir bénéficier d'une couverture médicale, notamment parce qu'ils ne possédaient pas les documents nécessaires pour recevoir des prestations d'aide sociale. De nombreux participants entrevoyaient également plusieurs autres défis susceptibles d'entraver l'atteinte de leurs objectifs liés à la consommation de substances. Par exemple, l'incertitude concernant les détails de leur mise en liberté, tels que le lieu et la date, ainsi que l'endroit où ils se logeront et dormiront, les empêcherait d'obtenir les services et soutiens nécessaires. Un participant a affirmé ce qui suit :

*« Il est difficile d'envisager quoi que ce soit sans savoir où l'on se posera. Je ne pouvais même pas me rendre à mes rendez-vous... les papiers sur lesquels j'avais noté tous mes*

*rendez-vous, je finissais par les perdre parce que ce n'étaient que des bouts de papier dans mes poches. Vous comprenez ce que je veux dire? C'est l'élément essentiel... à partir de là, tout se met en place. Une fois que tu as un endroit où déposer tes valises, tu peux accumuler des choses. »*

*(Participant n° 27)*

De nombreux participants ont également mentionné que leurs liens sociaux constituaient d'importants obstacles à l'atteinte de leurs objectifs de consommation de substances, car ils facilitaient l'accès aux substances et augmentaient la probabilité de rechute.

*« Je suis inquiet parce que j'ai vécu toute ma vie à [nom de la ville]; j'y connais beaucoup de gens et une partie de mon problème est l'accessibilité aux drogues. Donc si je vais [à la clinique de TAO] tous les jours, ce n'est qu'une question de temps avant que je rencontre de vieilles connaissances, des gens que je connais, et ils pourraient avoir accès à des drogues et m'en proposer. »*

*(Participant n° 22)*

D'autre part, de nombreux participants ont déclaré que le fait de bénéficier d'un soutien social et d'avoir des contacts avec les membres de leur famille et leurs proches facilitait grandement l'adhésion au TAO. Certains ont mentionné que des membres de leur famille étaient disposés à les conduire à la clinique de TAO et à divers rendez-vous. Le soutien familial et social a également été cité en tant que facteur facilitant la réussite de la réinsertion sociale dans la collectivité de manière plus générale, les participants indiquant qu'ils pouvaient compter sur la famille et les amis pour se loger et pour obtenir un soutien social et financier.

Un autre facteur mentionné par certains participants comme facilitant une réinsertion sociale réussie dans la collectivité était l'accès à des traitements et à des programmes spécifiquement liés à la consommation de substances, tels que le counselling, la thérapie de groupe et les réunions des AA ou des NA.

Enfin, l'une des opinions les plus couramment exprimées était que leur motivation personnelle constituait un facteur important et un élément susceptible de faciliter une transition et une réinsertion sociale réussies dans la collectivité. De nombreux participants ont dit qu'ils avaient enfin atteint une étape où ils étaient prêts à s'engager à rester sobres, ce qu'ils n'avaient jamais ressenti auparavant. À ce sujet, un participant a déclaré ce qui suit :

*« J'ai participé à divers programmes de traitement, mais je ne les ai jamais terminés, soit parce que : a) je me suis énervé et j'ai voulu partir, et b) parce que je n'étais pas prêt à le faire, à affronter enfin mes démons. Mais là où je suis maintenant, mes idées sont claires, je sais ce que je veux... mes objectifs sont de rester sobre, de me retrouver, de découvrir qui je suis vraiment, et de faire ce que je peux pour rester dans le droit chemin. »*

*(Participant n° 28)*

## Analyse

Ce rapport présente des données de base sur les caractéristiques, les expériences et les projets postlibératoires concernant le TAO au sein d'une petite cohorte de délinquants de la région de l'Ontario incarcérés dans des établissements fédéraux et faisant usage d'opioïdes, qui ont suivi un TAO pendant leur incarcération et ont participé à la présente étude. Peu d'études se sont penchées sur les expériences, les besoins et les projets des délinquants, plus particulièrement en ce qui concerne les problèmes de consommation de substances et le traitement de ceux-ci, depuis l'incarcération jusqu'à la mise en liberté dans la collectivité et par la suite. La présente étude fournit la base d'une perspective canadienne unique sur ces questions.

De façon générale, et à l'instar d'autres études portant sur des populations carcérales, les données montrent que la plupart des participants avaient des antécédents complexes de consommation de drogues, plus particulièrement d'opioïdes, et des problèmes connexes, ainsi que des expériences et des points de vue différents à l'égard du TAO, tant dans la collectivité avant leur incarcération que pendant celle-ci (Binswanger, 2019; Service correctionnel du Canada, 2007; Fazel, Hayes, Bartellas, Clerici et Trestman, 2016; Fazel et coll., 2017). De nombreux participants ont connu une transition rapide vers une consommation intensive d'opioïdes, ce qui a eu des effets négatifs sur divers aspects de leur vie et a été l'une des causes de leur arrestation et de leur incarcération actuelle.

Comme le confirment les résultats de l'étude, la consommation de drogues avant et pendant l'incarcération est courante, malgré les politiques institutionnelles interdisant l'entrée d'objets interdits dans les établissements (Cram et Farrell MacDonald, 2019; Farrell MacDonald et coll., 2014; Johnson et coll., 2012; Kouyoumdjian et coll., 2014; MacSwain et coll., 2014). Des études récentes portant sur la consommation de drogues et les problèmes connexes (p. ex., les surdoses) dans les établissements correctionnels ont mis en évidence une augmentation de la prévalence des drogues et des événements indésirables dans les établissements correctionnels canadiens (Bucerus et Haggerty, 2019). Par exemple, sur une période de cinq ans (de 2012-2013 à 2016-2017), un total de 330 incidents de surdose sont survenus dans des établissements correctionnels fédéraux au Canada. Les surdoses liées aux opioïdes ont quant à elles doublé et sont passées de 19 en 2012-2013 à 50 en 2016-2017, les opioïdes contribuant à la majorité des décès par surdose (McKendy, Biro, et Keown, 2018). La plupart des délinquants concernés

avaient des problèmes de santé mentale et de toxicomanie.

En outre, parmi les caractéristiques dignes de mention propres à l'échantillon étudié, soulignons le fait que de nombreux participants étaient jeunes, avaient des antécédents de comportements à haut risque (par exemple, la consommation de drogues injectables) et avaient été condamnés à des peines relativement courtes; ils étaient donc confrontés à des risques évidents en matière de santé, leur mise en liberté était imminente, et seraient exposés sous peu aux programmes communautaires d'intervention et de prévention de l'usage de drogues. Nombre d'entre eux, mais non la totalité, avaient participé à un TAO avant leur incarcération, ce qui démontre la possibilité et la nécessité de fournir un traitement continu et d'amorcer un TAO pendant l'incarcération.

Concernant les résultats des entrevues qualitatives, un certain nombre de thèmes importants sont ressortis. Conformément à ce qui est consigné dans la littérature (Csete, 2019; The Lancet Public, 2018), l'offre de TAO aux délinquants incarcérés dans des établissements fédéraux en Ontario varie, et un certain nombre d'obstacles à une participation rapide et efficace aux traitements ont été soulevés. De nombreux participants ont fait part de leur incapacité à accéder à la formulation de leur choix (Suboxone®) dans le cadre d'un TAO, ce qui était préjudiciable en raison des avantages perçus de ce produit pour prévenir ou dissuader la consommation d'opioïdes, en particulier par rapport à la méthadone. D'autres études qualitatives ont fait état de préférences comparables pour le Suboxone® au sein des collectivités et des établissements correctionnels, la méthadone étant souvent associée à des expériences, à des sentiments et à des connotations négatifs (Fox et coll., 2015; Gryczynski et coll., 2013; Schwartz et coll., 2008; Teruya et coll., 2014). Les participants ont donc exprimé le souhait de disposer d'une plus grande autonomie dans le cadre des soins liés à leur TAO et étaient d'avis qu'il serait bénéfique pour eux de pouvoir choisir la formulation de TAO qui leur convient le mieux et d'accéder à des traitements dans des délais raisonnables. Toutefois, il convient de noter qu'après la collecte des données de base réalisée dans le cadre de cette étude, le SCC a accéléré le déploiement et l'élargissement du TAO à base de Suboxone® (y compris différentes formulations et différents modes d'administration), et que le nombre de personnes suivant un traitement à base de Suboxone® dépasse désormais celui des personnes sous méthadone dans de nombreux établissements (Service correctionnel du Canada, 2021). Parmi les changements mis en place, mentionnons une réduction substantielle des listes d'attente et des limitations d'ordre



pratique (p. ex., attente jusqu'à la mise en liberté, etc.) qui entravaient auparavant l'accès aux traitements.

L'un des problèmes les plus fréquemment mentionnés concernait l'impossibilité d'entamer un TAO lors de l'admission au SCC si le participant n'avait pas participé activement à un TAO immédiatement avant son incarcération. Ainsi, certains participants ont affirmé avoir ressenti des symptômes de sevrage et s'être désintoxiqués dans leur cellule, sans prise en charge clinique. Ces pratiques contredisent directement les directives cliniques existantes pour le TAO dans la collectivité, qui ne recommandent pas la gestion du sevrage en tant qu'option de traitement sûre ou appropriée (Bruneau et coll., 2018). On peut donc considérer qu'il est impératif que les établissements correctionnels offrent rapidement le TAO aux personnes admissibles et qui en ont besoin dès leur admission, afin d'éviter que les délinquants ne subissent une autodésintoxication inutile et les inconforts et risques qui y sont associés.

En ce qui concerne les projets des délinquants et les obstacles et éléments facilitateurs qu'ils perçoivent relativement à la transition et à la poursuite du TAO lors de leur mise en liberté imminente dans la collectivité, les résultats de l'étude corroborent de nombreux problèmes documentés par d'autres études sur les délinquants souffrant de TUO récemment mis en liberté. Parmi ces problèmes figurent notamment la crainte d'être exposé aux drogues par le biais de réseaux de pairs, l'instabilité financière, les problèmes liés à l'emploi et au logement, les problèmes logistiques (par exemple, le transport) ainsi que d'autres obstacles à la poursuite d'un traitement efficace dans la collectivité (Begun, Early et Hodge, 2016; Binswanger et coll., 2012; Fox et coll., 2015; Lee, Gordon, Friedmann, Nunes et O'Brien, 2016; Martin et coll., 2019; Velasquez et coll., 2019; Yarborough et coll., 2016). Il reste à voir si et dans quelle mesure ces résultats potentiels sont susceptibles de se produire; ils seront évalués lors de la composante de suivi de cette étude longitudinale.

Dans l'ensemble, les résultats préliminaires de l'étude ont mis en évidence divers problèmes liés à l'administration du TAO dans les établissements correctionnels du SCC en Ontario. Toutefois, les résultats montrent également que le TAO est bénéfique et favorise la réduction ou l'élimination de la consommation de drogues et d'opioïdes et des envies de consommation chez les délinquants souffrant de TUO, ce qui se traduira idéalement par une réinsertion plus efficace et réussie dans la collectivité après leur mise en liberté. Il est important de souligner que les établissements correctionnels offrent une occasion unique de fournir un

TAO — potentiellement nécessaire et bénéfique — aux délinquants ayant des antécédents complexes de consommation de substances, y compris le TUO, qui n'envisageraient possiblement pas autrement d'entreprendre un traitement (Beletsky, 2019; Fiscella, Wakeman et Beletsky, 2018; Macmadu et Rich, 2015). En outre, puisque la plupart des délinquants sous responsabilité fédérale font l'objet d'une période de surveillance dans la collectivité qui leur donne la possibilité et leur impose l'obligation de se réinsérer dans la société et la vie communautaire, ce moment est opportun pour assurer un lien continu entre le TAO et les autres soutiens de santé et de services sociaux nécessaires pendant cette période de transition comportant des risques élevés (Binswanger, 2019).

Bien que les résultats de l'étude reflètent les expériences perçues par les participants, il convient de les interpréter avec la prudence qui s'impose, car ils peuvent comporter des biais inhérents aux données autodéclarées (p. ex., biais de mémoire/de rappel, biais dans les réponses, biais d'interprétation des questions et biais de désirabilité sociale). Cela peut être particulièrement applicable aux contextes ou aux populations visées par les études correctionnelles, et aux normes comportementales strictes qui y sont associées ou aux répercussions éventuellement liées à la transgression des règles (p. ex., consommation de drogues, contrebande, expériences négatives avec les services en établissement, etc.). Ainsi, les participants peuvent avoir minimisé leur consommation de drogues et les activités connexes au sein des établissements. De plus, en raison de la taille réduite de l'échantillon étudié, ce dernier ne peut être considéré comme étant représentatif, et les résultats ne peuvent être généralisés à l'ensemble du SCC ou à d'autres populations de délinquants participant à un TAO.

## **Conclusion**

En conclusion, le TUO et les problèmes de santé liés aux opioïdes sont courants chez les personnes incarcérées dans les établissements fédéraux, y compris ceux de l'Ontario. Au sein de cette population, des domaines d'amélioration ont été cernés en ce qui concerne les expériences du TAO et l'accès aux pratiques liées au TAO, ainsi que des défis et des obstacles potentiels à une transition efficace vers le TAO après la mise en liberté dans la collectivité. La présente étude exploratoire a mis en évidence divers problèmes liés à l'administration des programmes et des services de TAO du SCC, dont certains pourraient être résolus par les récents changements de pratiques mis en œuvre au sein des établissements. Cependant, elle a également mis en évidence les avantages perçus du TAO. En effet, les résultats montrent que la plupart des délinquants qui

participent à un TAO souhaitent poursuivre leur traitement en établissement et le maintenir au sein de la collectivité, ces deux éléments figurant parmi leurs projets et leurs priorités dans le cadre de leur mise en liberté dans la collectivité. La composante de suivi de cette étude fournira des informations uniques et essentielles sur les expériences et les résultats postlibératoires de l'échantillon visé par l'étude.

## Bibliographie

- Akinsemolu, A., Ogston, S. et Irvine, L. (2011). P2-354 Effectiveness of opioid substitution therapy among prisoners with drug dependence: A meta analysis. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 65(Suppl 1), A320. doi:10.1136/jech.2011.142976k.86
- Begun, A. L., Early, T. J. et Hodge, A. (2016). Mental health and substance abuse service engagement by men and women during community reentry following incarceration. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 43(2), 207–218. doi:10.1007/s10488-015-0632-2
- Beletsky, L. (2019). *Treating substance use and mental health disorders in correctional settings* (Northeastern University School of Law Research Paper No. 361-2019) [Mémorandum]. Consulté sur : [https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract\\_id=3499366](https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=3499366)
- Binswanger, I. A. (2019). Opioid use disorder and incarceration — Hope for ensuring the continuity of treatment. *The New England Journal of Medicine*, 380(13), 1193–1195. doi:10.1056/NEJMp1900069
- Binswanger, I. A., Blatchford, P. J., Mueller, S. R. et Stern, M. F. (2013). Mortality after prison release: Opioid overdose and other causes of death, risk factors, and time trends from 1999 to 2009. *Annals of Internal Medicine*, 159(9), 592–600. doi:10.7326/0003-4819-159-9-201311050-00005
- Binswanger, I. A., Nowels, C., Corsi, K. F., Glanz, J., Long, J., Booth, R. E. et Steiner, J. F. (2012). Return to drug use and overdose after release from prison: A qualitative study of risk and protective factors. *Addiction Science & Clinical Practice*, 7(3), 1–9. doi:10.1186/1940-0640-7-3
- Binswanger, I. A., Nowels, C., Corsi, K. F., Long, J., Booth, R. E., Kutner, J. et Steiner, J. F. (2011). “From the prison door right to the sidewalk, everything went downhill,” a qualitative study of the health experiences of recently released inmates. *International Journal of Law and Psychiatry*, 34(4), 249-255. doi:10.1016/j.ijlp.2011.07.002
- Binswanger, I. A., Stern, M., Deyo, R., Heagerty, P., Cheadle, A., Elmore, J. et Koepsell, T. D. (2007). Release from prison: A high risk of death for former inmates. *The New England Journal of Medicine*, 356(2), 157–165. doi:10.1056/NEJMsa064115.
- Bi-Mohammed, Z., Wright, N. M., Hearty, P., King, N. et Gavin, H. (2017). Prescription opioid abuse in prison settings: A systematic review of prevalence, practice and treatment responses. *Drug and Alcohol Dependence*, 171, 122–131. doi:10.1016/j.drugalcdep.2016.11.032
- Brinkley-Rubinstein, L., Cloud, D., Drucker, E. et Zaller, N. (2018). Opioid use among those who have criminal justice experience: Harm reduction strategies to lessen HIV risk.

*Current HIV/AIDS Reports*, 15(3), 255–258. doi:10.1007/s11904-018-0394-z

- Brinkley-Rubinstein, L., Cloud, D. H., Davis, C., Zaller, N., Delany-Brumsey, A., Pope, L., ... Rich, J. (2017). Addressing excess risk of overdose among recently incarcerated people in the USA: Harm reduction interventions in correctional settings. *International Journal of Prisoner Health*, 13(1), 25–31. doi:10.1108/IJPH-08-2016-0039
- Brinkley-Rubinstein, L., Zaller, N., Martino, S., Cloud, D. H., McCauley, E., Heise, A. et Seal, D. (2018). Criminal justice continuum for opioid users at risk of overdose. *Addictive Behaviors*, 86, 104–110. doi:10.1016/j.addbeh.2018.02.024
- Bruneau, J., Ahamad, K., Goyer, M.-È., Poulin, G., Selby, P., Fischer, B.,... Wood, E. (2018). Management of opioid use disorders: A national clinical practice guideline. *Canadian Medical Association Journal*, 190(9), E247-E257. doi:10.1503/cmaj.170958
- Bucerius, S. M. et Haggerty, K. D. (2019). Fentanyl behind bars: The implications of synthetic opiates for prisoners and correctional officers. *International Journal of Drug Policy*, 71, 133–138. doi:10.1016/j.drugpo.2019.05.018
- Cram, S. et Farrell MacDonald, S. (2019). *Comparaison entre les délinquantes qui consomment des opioïdes et celles qui consomment d'autres types de substance (RIB-19-09)*. Ottawa, ON : Service correctionnel Canada.
- Cropsey, K. L., Villalobos, G. C. et St Clair, C. L. (2005). Pharmacotherapy treatment in substance-dependent correctional populations: A review. *Substance Use & Misuse*, 40(13–14), 1983–1999. doi:10.1080/10826080500294866
- Csete, J. (2019). Criminal justice barriers to treatment of opioid use disorders in the United States: The need for public health advocacy. *American Journal of Public Health*, 109(3), 419–422. doi:10.2105/ajph.2018.304852
- Degenhardt, L., Bucello, C., Mathers, B., Briegleb, C., Ali, H., Hickman, M. et McLaren, J. (2011). Mortality among regular or dependent users of heroin and other opioids: A systematic review and meta-analysis of cohort studies. *Addiction*, 106(1), 32–51. doi:10.1111/j.1360-0443.2010.03140.x
- Editorial: A public health approach to Canada's opioid crisis [Éditorial]. (2018). *The Lancet Public Health*, 3(5), e204. doi:10.1016/S2468-2667(18)30078-1
- Farrell MacDonald, S., MacSwain, M.-A., Cheverie, M., Tiesmaki, M. et Fischer, B. (2014). Impact of methadone maintenance treatment on women offenders' post-release recidivism. *European Addiction Research*, 20(4), 192–199. doi:10.1159/000357942
- Fazel, S., Hayes, A. J., Bartellas, K., Clerici, M. et Trestman, R. (2016). Mental health of prisoners: Prevalence, adverse outcomes, and interventions. *The Lancet Psychiatry*, 3(9), 871–881. doi:10.1016/S2215-0366(16)30142-0

- Fazel, S., Yoon, I. A. et Hayes, A. J. (2017). Substance use disorders in prisoners: An updated systematic review and meta-regression analysis in recently incarcerated men and women. *Addiction*, 112(10), 1725–1739. doi:10.1111/add.13877
- Fiscella, K., Moore, A., Engerman, J. et Meldrum, S. (2004). Jail management of arrestees/inmates enrolled in community methadone maintenance programs. *Journal of Urban Health*, 81(4), 645–654. doi:10.1093/jurban/jth147
- Fiscella, K., Wakeman, S. E. et Beletsky, L. (2018). Implementing opioid agonist treatment in correctional facilities. *JAMA Internal Medicine*, 178(9), 1153–1154. doi:10.1001/jamainternmed.2018.3504
- Fox, A. D., Maradiaga, J., Weiss, L., Sanchez, J., Starrels, J. L. et Cunningham, C. O. (2015). Release from incarceration, relapse to opioid use and the potential for buprenorphine maintenance treatment: A qualitative study of the perceptions of former inmates with opioid use disorder. *Addiction Science & Clinical Practice*, 10(1), 1–9. doi:10.1186/s13722-014-0023-0
- Fullerton, C. A., Kim, M., Parks Thomas, C., Lyman, D. R., Montejano, L. B., Dougherty, R. H., ... Delphin-Rittmon, M. E. (2014). Medication-assisted treatment with methadone: Assessing the evidence. *Psychiatric Services*, 65(2), 146–157. doi:10.1176/appi.ps.201300235
- Groot, E., Kouyoumdjian, F. G., Kiefer, L., Madadi, P., Gross, J., Prevost, B.,... Persaud, N. (2016). Drug toxicity deaths after release from incarceration in Ontario, 2006–2013: Review of coroner’s cases. *PLoS ONE*, 11(7), 1–11. doi:10.1371/journal.pone.0157512
- Gryczynski, J., Jaffe, J. H., Schwartz, R. P., Dušek, K. A., Gugsá, N., Monroe, C. L.,... Mitchell, S. G. (2013). Patient perspectives on choosing buprenorphine over methadone in an urban, equal-access system. *The American Journal on Addictions*, 22(3), 285–291. doi:10.1111/j.1521-0391.2012.12004.x
- Hedrich, D., Alves, P., Farrell, M., Stöver, H., Møller, L. et Mayet, S. (2012). The effectiveness of opioid maintenance treatment in prison settings: A systematic review. *Addiction*, 107(3), 501–517. doi:10.1111/j.1360-0443.2011.03676.x
- Johnson, G. A. et Vindrola-Padros, C. (2017). Rapid qualitative research methods during complex health emergencies: A systematic review of the literature. *Social Science & Medicine*, 189, 63–75. doi:10.1016/j.socscimed.2017.07.029
- Johnson, S., Farrell MacDonald, S., Cheverie, M., Myrick, C. et Fischer, B. (2012). Prevalence and trends of non-medical opioid and other drug use histories among federal correctional inmates in methadone maintenance treatment in Canada. *Drug and Alcohol Dependence*, 124(1–2), 172–176. doi:10.1016/j.drugalcdep.2011.12.014

- Johnson, S., van de Ven, J. T. C. et Grant, B. A. (2001). Institutional methadone maintenance treatment: Impact on release outcome and institutional behaviour. *Forum on Corrections Research*, 13(3), 51–53. [https://www.csc-scc.gc.ca/research/forum/e133/133p\\_e.pdf](https://www.csc-scc.gc.ca/research/forum/e133/133p_e.pdf)
- Joudrey, P. J., Khan, M. R., Wang, E. A., Scheidell, J. D., Edelman, E. J., McInnes, D. K. et Fox, A. D. (2019). A conceptual model for understanding post-release opioid-related overdose risk. *Addiction Science & Clinical Practice*, 14(1), 1–14. doi:10.1186/s13722-019-0145-5
- Kouyoumdjian, F., Calzavara, L. M., Kiefer, L., Main, C. et Bondy, S. J. (2014). Drug use prior to incarceration and associated socio-behavioural factors among males in a provincial correctional facility in Ontario, Canada. *Canadian Journal of Public Health*, 105(3), e198-e202. doi:10.17269/cjph.105.4193
- Kunic, D. et Grant, B. A. (2006). *Questionnaire informatisé sur la toxicomanie (QIT) : résultats du projet pilote (R-173)*. Ottawa, ON : Service correctionnel du Canada.
- Lanoie, L. O. (2015). Opioid substitution therapy in Canada’s prisons. *Canadian Journal of Addiction*, 6(3), 5–7. Consulté sur : <https://www.csam-smca.org/wp-content/uploads/2016/01/CSAM-December2015.pdf>
- Larney, S. et Dolan, K. (2009). A literature review of international implementation of opioid substitution treatment in prisons: Equivalence of care?. *European Addiction Research*, 15(2), 107–112. doi:10.1159/000199046
- Lee, J., Gordon, M., Friedmann, P., Nunes, E. et O’Brien, C. (2016). Extended-release naltrexone to prevent opioid relapse among adults with criminal justice system involvement. *American Journal on Addictions*, 25(4), 345. doi:10.1111/ajad.12393
- Macmadu, A. et Rich, J. D. (2015). Correctional health is community health. *Issues in Science and Technology*, 32(1), 26–36. Consulté sur : <https://issues.org/correctional-health-care-community-health-prisons-jails/>
- MacSwain, M. A. et Cheverie, M. (2012). *Comparaison des antécédents de traitement en santé mentale et de violence des hommes et des femmes participant au Programme national de traitement d’entretien à la méthadone (PNTEM) (RS 12-08)*. Ottawa, ON : Service correctionnel du Canada.
- MacSwain, M. A., Farrell MacDonald, S., Cheverie, M. et Fischer, B. (2014). Assessing the impact of methadone maintenance treatment (MMT) on post-release recidivism among male federal correctional inmates in Canada. *Criminal Justice and Behavior*, 41(3), 380–394. doi:10.1177/0093854813501495
- Malta, M., Varatharajan, T., Russell, C., Pang, M., Bonato, S. et Fischer, B. (2019). Opioid-related treatment, interventions, and outcomes among incarcerated persons: A systematic review. *PLOS Medicine*, 16(12), 1–34. doi:10.1371/journal.pmed.1003002

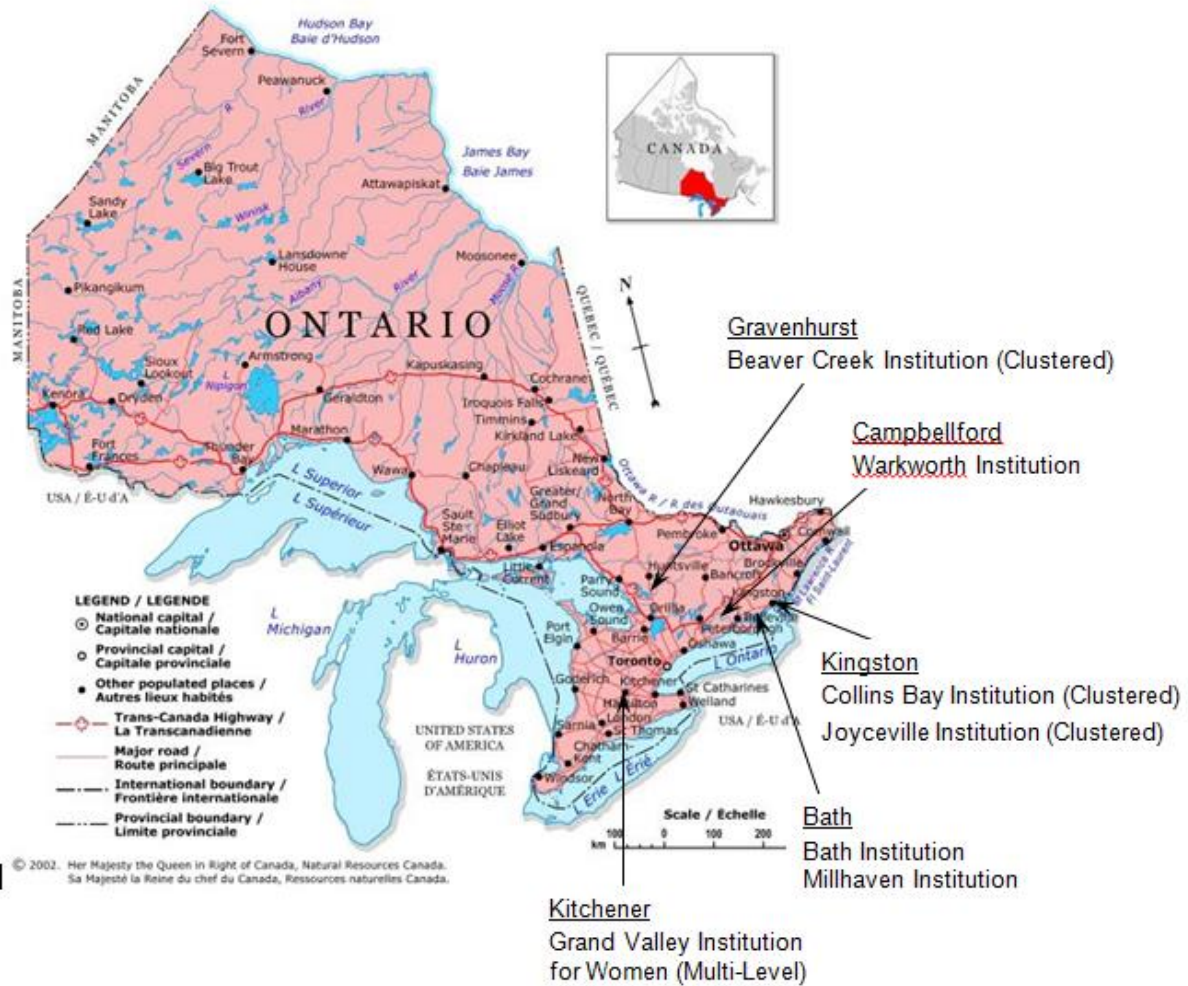
- Marsden, J., Stillwell, G., Jones, H., Cooper, A., Eastwood, B., Farrell, M., ... Hickman, M. (2017). Does exposure to opioid substitution treatment in prison reduce the risk of death after release? A national prospective observational study in England. *Addiction*, 112(8), 1408–1418. doi:10.1111/add.13779
- Martin, R. A., Gresko, S. A., Brinkley-Rubinstein, L., Stein, L. A. R. et Clarke, J. G. (2019). Post-release treatment uptake among participants of the Rhode Island Department of Corrections comprehensive medication assisted treatment program. *Preventive Medicine*, 128, 105766. doi:10.1016/j.ypmed.2019.105766
- McKendy, L., Biro, S. et Keown, L. A. (2018). *Incidents de surdose chez les délinquants sous responsabilité fédérale, de 2012-2013 à 2016-2017* (SR-18-02). Ottawa, ON : Service correctionnel du Canada.
- McKenzie, M., Nunn, A., Zaller, N. D., Bazazi, A. R. et Rich, J. D. (2009). Overcoming obstacles to implementing methadone maintenance therapy for prisoners: Implications for policy and practice. *Journal of Opioid Management*, 5(4), 219–227. doi:10.5055/jom.2009.0024
- Merrall, E. L., Kariminia, A., Binswanger, I. A., Hobbs, M. S., Farrell, M., Marsden, J., ... Bird, S. M. (2010). Meta-analysis of drug-related deaths soon after release from prison. *Addiction*, 105(9), 1545–1554. doi:10.1111/j.1360-0443.2010.02990.x
- Moore, K. E., Roberts, W., Reid, H. H., Smith, K. M. Z., Oberleitner, L. M. S. et McKee, S. A. (2019). Effectiveness of medication assisted treatment for opioid use in prison and jail settings: A meta-analysis and systematic review. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 99, 32–43. doi:10.1016/j.jsat.2018.12.003
- Mullins, P., Ternes, M. et Farrell MacDonald, S. (2013). *Consommation de drogues le jour de l'infraction chez un échantillon de délinquants sous responsabilité fédérale* (RS 13-01). Ottawa, ON : Service correctionnel du Canada.
- Murphy, Y., Ali, F. et Fischer, B. (2018). *Analyse documentaire sur les difficultés liées à l'accès aux services et aux soins de santé pour les délinquants aux prises avec des problèmes de santé mentale et de toxicomanie pendant leur transition de l'incarcération vers la collectivité* (R-398). Ottawa, ON : Service correctionnel du Canada.
- Nunn, A., Zaller, N., Dickman, S., Trimbur, C., Nijhawan, A. et Rich, J. D. (2009). Methadone and buprenorphine prescribing and referral practices in US prison systems: Results from a nationwide survey. *Drug and Alcohol Dependence*, 105(1–2), 83–88. doi:10.1016/j.drugalcdep.2009.06.015
- Perry, A. E., Neilson, M., Martyn-St James, M., Glanville, J. M., Woodhouse, R., Godfrey, C. et Hewitt, C. (2015). Pharmacological interventions for drug-using offenders. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 6, CD010862. doi:10.1002/14651858.CD010862.pub2



- Santé Canada. (2019). *Sommaire de décision réglementaire — Sublocade : Décisions d'examen*. Consulté sur : <https://hpr-rps.hres.ca/reg-content/sommaire-decision-reglementaire-detail.php?linkID=RDS00462>
- Schwartz, R. P., Kelly, S. M., Mitchell, S. G., Gryczynski, J., O'Grady, K. E. et Jaffe, J. H. (2019). Initiating methadone in jail and in the community: Patient differences and implications of methadone treatment for reducing arrests. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 97, 7–13. doi:10.1016/j.jsat.2018.11.006
- Schwartz, R. P., Kelly, S. M., O'Grady, K. E., Mitchell, S. G., Peterson, J. A., Reisinger, H. S., ... Brown, B. S. (2008). Attitudes toward buprenorphine and methadone among opioid-dependent individuals. *The American Journal on Addictions*, 17(5), 396–401. doi:10.1080/10550490802268835
- Service correctionnel Canada. (s.d.). *Opioides*. Consulté sur : <https://www.csc-scc.gc.ca/publications/005007-3017-fr.shtml>
- Service correctionnel Canada. (2007). *Stratégie nationale antidrogue* (Directive du commissaire). Consulté sur : <https://www.csc-scc.gc.ca/lois-et-reglements/585-cd-fra.shtml>
- Service correctionnel Canada. (2013). *Le Système de gestion des délinquants*. Consulté sur : <https://www.csc-scc.gc.ca/sgd/004003-0001-fra.shtml>
- Service correctionnel Canada. (2017b). *Statistiques du SCC — Faits et chiffres clés*. Consulté sur : <https://www.csc-scc.gc.ca/publications/005007-3024-fr.shtml>
- Service correctionnel Canada. (2021). *Traitement par agonistes aux opioïdes*. Consulté sur : <https://www.csc-scc.gc.ca/health/002006-3000-fr.shtml>
- Service correctionnel du Canada. (2017a). *Recherche* (Directive du commissaire 009). Ottawa, ON : chez l'auteur.
- Service correctionnel du Canada. (2018). *Planification correctionnelle et profil criminel* (Directive du commissaire 705-6). Ottawa, ON : chez l'auteur.
- Service correctionnel du Canada. (2019a). *Orientation sur le traitement par agonistes opioïdes (TAO)*. Consulté sur : <https://www.csc-scc.gc.ca/health/002006-3004-fr.shtml>
- Sharma, A., O'Grady, K. E., Kelly, S. M., Gryczynski, J., Mitchell, S. G. et Schwartz, R. P. (2016). Pharmacotherapy for opioid dependence in jails and prisons: Research review update and future directions. *Substance Abuse and Rehabilitation*, 7, 27–40. doi:10.2147/SAR.S81602
- Sordo, L., Barrio, G., Bravo, M. J., Indave, B. I., Degenhardt, L., Wiessing, L., ... Pastor-Barriuso, R. (2017). Mortality risk during and after opioid substitution treatment:

- Systematic review and meta-analysis of cohort studies. *BMJ*, 357, 1–14.  
doi:10.1136/bmj.j1550
- Stallwitz, A. et Stöver, H. (2007). The impact of substitution treatment in prisons—A literature review. *International Journal of Drug Policy*, 18(6), 464–474.  
doi:10.1016/j.drugpo.2006.11.015
- Stotts, A. L., Dodrill, C. L. et Kosten, T. R. (2009). Opioid dependence treatment: Options in pharmacotherapy. *Expert Opinion on Pharmacotherapy*, 10(11), 1727–1740.  
doi:10.1517/14656560903037168
- Strang, J., Volkow, N. D., Degenhardt, L., Hickman, M., Johnson, K., Koob, G. F.,... Walsh, S. L. (2020). Opioid use disorder. *Nature Reviews Disease Primers*, 6(3).  
doi:10.1038/s41572-019-0137-5
- Ternes, M. et Johnson, S. (2014). *Gravité des problèmes de toxicomanie, réceptivité au traitement et distorsion des réponses chez les délinquants incarcérés* (RS 13-05). Ottawa, ON : Service correctionnel du Canada.
- Teruya, C., Schwartz, R. P., Mitchell, S. G., Hasson, A. L., Thomas, C., Buoncristiani, S. H.,... & Ling, W. (2014). Patient perspectives on buprenorphine/naloxone : A qualitative study of retention during the starting treatment with agonist replacement therapies (START) study. *Journal of Psychoactive Drugs*, 46(5), 412–426.  
doi:10.1080/02791072.2014.921743
- Tsai, J. et Gu, X. (2019). Utilization of addiction treatment among US adults with history of incarceration and substance use disorders. *Addiction Science & Clinical Practice*, 14(1), 1–9. doi:10.1186/s13722-019-0138-4
- Velander, J. R. (2018). Suboxone: Rationale, science, misconceptions. *The Ochsner Journal*, 18(1), 23–29. Retrived from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5855417/>
- Velasquez, M., Flannery, M., Badolato, R., Vittitow, A., McDonald, R. D., Tofighi, B., ... Lee, J. D. (2019). Perceptions of extended-release naltrexone, methadone, and buprenorphine treatments following release from jail. *Addiction Science & Clinical Practice*, 14(37), 1–12. doi:10.1186/s13722-019-0166-0
- Yarborough, B. J. H., Stumbo, S. P., McCarty, D., Mertens, J., Weisner, C. et Green, C. A. (2016). Methadone, buprenorphine and preferences for opioid agonist treatment: A qualitative analysis. *Drug and Alcohol Dependence*, 160, 112–118.  
doi:10.1016/j.drugalcdep.2015.12.031
- Zlodre, J. et Fazel, S. (2012). All-cause and external mortality in released prisoners: Systematic review and meta-analysis. *American Journal of Public Health*, 102(12), e67-e75.  
doi:10.2105/AJPH.2012.300764review and meta-analysis. *American Journal of Public Health*, 102(12), e67-75. doi:10.2105/AJPH.2012.300764.

## Annexe A : Carte et niveaux de sécurité des établissements correctionnels fédéraux en Ontario



Établissement	Niveau de sécurité
Établissement de Bath	Sécurité moyenne
Établissement de Beaver Creek	Sécurité moyenne et sécurité minimale
Établissement de Collins Bay	Sécurité maximale, sécurité moyenne et sécurité minimale
Établissement Grand Valley pour femmes	Niveaux de sécurité multiples
Établissement de Joyceville	Sécurité moyenne et sécurité minimale
Établissement de Millhaven	Sécurité maximale
Établissement de Warkworth	Sécurité moyenne

## Annexe B : Questionnaire d'admissibilité



### Questionnaire d'admissibilité des participants

#### **Étude préalable et postérieure à la mise en liberté de délinquants sous responsabilité fédérale bénéficiant d'un traitement de substitution aux opioïdes (TSO)**

##### *Exemple de texte à lire à un participant potentiel*

*Bonjour. Merci d'avoir accepté de me(nous) rencontrer. Nous sélectionnons actuellement des participants potentiels en vue d'une étude sur le traitement de substitution aux opioïdes (TSO) en milieu correctionnel avant et après la mise en liberté dans la collectivité. Vous avez mentionné votre intérêt à y participer. Par conséquent, je dois(nous devons) vous poser quelques questions afin de déterminer si vous y êtes admissible. Souhaitez-vous poursuivre cet entretien visant à déterminer votre admissibilité?*

Oui  Non (Dans la négative, mettez fin au questionnaire. Dans l'affirmative, passez à la question 1.)

##### SECTION A – Questions relatives à l'admissibilité

1. Pouvez-vous me donner un surnom que j'utiliserai pour m'adresser à vous à l'avenir?

\_\_\_\_\_

2. Depuis combien de temps êtes-vous incarcéré (durée de la peine actuelle)? \_\_\_\_\_

3. Avez-vous consommé des opioïdes pour des raisons autres que médicales ou de façon illicite avant votre plus récente admission au SCC?

Oui  Non

4. Recevez-vous actuellement un traitement de substitution aux opioïdes (TSO) administré par le SCC (méthadone ou Suboxone®)?

Oui (admissible)  Non (non admissible; passez à la question 6)

5. Recevez-vous un TSO administré par le SCC depuis trois mois ou plus?

Oui (admissible)  Non (non admissible)

6. Votre mise en liberté dans la collectivité à la suite de votre incarcération actuelle est-elle prévue dans les six prochains mois?

Oui (admissible)  Non (non admissible)

7. Votre plan de mise en liberté dans la collectivité prévoit-il que vous viviez dans la région du Sud de l'Ontario?

Oui (admissible)  Non (non admissible)

8. Souhaitez-vous participer à une étude menée par des chercheurs du Centre de toxicomanie et de santé mentale sur votre expérience du TSO et son incidence sur votre santé, votre consommation de drogues et votre intégration sociale? Cette étude comportera trois entrevues (une réalisée avant votre mise en liberté et deux à la suite de celle-ci).

Oui (admissible)  Non (non admissible)

*Le participant est-il admissible? (Le participant est admissible si des réponses affirmatives ont été fournies à toutes les questions.)*

Oui  Non (Si la réponse est « Non », passez à la SECTION B. Si la réponse est « Oui », passez à la SECTION C.)

#### **SECTION B – Le participant n’EST PAS admissible**

*Nous vous remercions du temps que vous nous avez consacré; malheureusement, vous n’êtes pas admissible à cette étude.*

#### **SECTION C – Le participant EST admissible**

*Vous êtes admissible à notre étude. Celle-ci sera entièrement **confidentielle et anonyme**, et aucun des renseignements que vous fournirez ne sera communiqué au SCC. Afin de garantir la confidentialité de l’étude, nous vous attribuerons un code de participant individuel qui sera utilisé pour vous identifier par la suite. L’objectif principal de cette étude est de **mettre en lumière les résultats des traitements et les résultats en matière de santé parmi les personnes incarcérées dans des établissements fédéraux qui suivent un traitement de substitution aux opioïdes (TSO; méthadone/Suboxone®), tant au sein des établissements correctionnels que dans la collectivité à la suite de leur mise en liberté.** Cette étude se déroulera en trois étapes. La première évaluation aura lieu dès maintenant (pendant votre détention dans un établissement correctionnel). Les deuxième et troisième évaluations seront effectuées dans la collectivité, environ deux à trois mois après votre mise en liberté, puis quatre à six mois après celle-ci. Chaque évaluation durera environ de 60 à 90 minutes. Vous serez appelé à participer à une courte enquête ainsi qu’à une entrevue individuelle qui sera enregistrée sur bande sonore. Une carte-cadeau de 25 \$ vous sera remise lors de la deuxième et de la troisième évaluation réalisées dans la collectivité, à titre de compensation pour votre temps et vos efforts.*

*Souhaitez-vous participer à cette étude?*

Oui  Non (Si la réponse est « Non », mettez fin au questionnaire et remerciez le participant du temps qu’il vous a accordé. Si la réponse est « Oui », poursuivez le questionnaire.)

#### **SECTION D – Remplissez les informations relatives au participant et passez ensuite au processus de consentement**

*Nom et emplacement de l’établissement correctionnel :*

*Évaluation effectuée par :*

*Date :*

*Numéro de participant à l'étude :*

---

*N° de SED :*

---

## Annexe C : Formulaire de consentement



### **Lettre d'information à l'intention des participants/Consentement à participer à l'étude**

#### **Étude préalable et postérieure à la mise en liberté de délinquants sous responsabilité fédérale bénéficiant d'un traitement de substitution aux opioïdes (TSO)**

Vous êtes invité à participer à une étude menée par le Centre de toxicomanie et de santé mentale (CAMH) et dirigée par la D<sup>re</sup> Monica Malta et son équipe de recherche. Cette étude est réalisée en collaboration avec le Service correctionnel du Canada (SCC).

#### **BUT DE L'ÉTUDE**

Cette étude a pour but d'examiner les besoins et les expériences en matière de soutien et de soins ainsi que les problèmes de transition et les résultats sociaux et de santé de base des personnes souffrant d'une dépendance aux opioïdes qui sont incarcérées dans des établissements fédéraux et reçoivent un traitement de substitution aux opioïdes (p. ex., à base de méthadone ou de Suboxone®) pendant leur incarcération dans un établissement correctionnel fédéral (SCC) et à la suite de leur mise en liberté dans la collectivité.

#### **MODALITÉS**

Si vous souhaitez participer bénévolement à cette étude, vous devrez :

1) Participer à deux évaluations/entrevues sur une période d'environ un an. La première entrevue aura lieu au sein de votre établissement correctionnel et commencera après l'obtention de votre consentement. La deuxième entrevue aura lieu dans la collectivité, dans les locaux de votre bureau local de probation ou de libération conditionnelle, au cours de l'année suivant votre mise en liberté. Les entrevues seront réalisées par un chercheur qualifié, dans un cadre privé et confidentiel (par exemple, une salle d'entrevue), ou par téléphone s'il est impossible d'organiser une entrevue en personne. Lors des entrevues, vous serez appelé à remplir un court questionnaire et à participer à un entretien enregistré sur bande audio. Les entrevues porteront principalement sur vos expériences de TSO ainsi que sur votre consommation d'autres drogues, votre condamnation ou vos activités criminelles, votre santé et votre statut social. Nous estimons que chaque entrevue prendra environ de 60 à 90 minutes.

2) Lors de ce processus, nous associerons ou combinerons également certains de vos renseignements personnels (p. ex., renseignements démographiques, sur les soins de santé, la criminalité et la toxicomanie, sur l'intégration dans la collectivité et sur les résultats/le statut

de mise en liberté) provenant des bases de données du SCC, en utilisant votre numéro de série d'empreintes digitales (n° SED) ainsi que le jour et le mois de votre anniversaire à des fins de validation. Ces informations sont nécessaires afin d'examiner les résultats de suivi. Outre la collecte de ces informations auprès du SCC, nous souhaiterions également communiquer avec votre agent de probation ou de libération conditionnelle ou que vous nous transmettiez vos coordonnées (si vous les avez) afin de pouvoir assurer un suivi efficace auprès de vous à la suite de votre mise en liberté dans la collectivité.

### **RISQUES ET INCONVÉNIENTS POTENTIELS**

Il est possible que le processus d'entrevue soit un peu difficile pour vous en raison du temps qu'il nécessite. Les personnes chargées des entrevues feront tout ce qui est en leur pouvoir pour qu'elles soient aussi rapides que possible. En outre, en raison de leur caractère sensible, certaines questions pourraient faire ressurgir des souvenirs ou des expériences désagréables ou difficiles, et faire en sorte que vous ressentiez le besoin d'obtenir des conseils ou des soins à la suite de votre entrevue. Si vous ressentez le besoin de parler avec quelqu'un après avoir participé à l'entrevue, veuillez le mentionner au personnel de recherche, qui vous orientera vers les ressources appropriées.

### **AVANTAGES POSSIBLES POUR LES PARTICIPANTS À L'ÉTUDE ET LA SOCIÉTÉ**

Aucun avantage immédiat ne découle de la participation à cette étude. Toutefois, en y participant, vous aidez à définir et à mieux comprendre les expériences des personnes incarcérées qui reçoivent un TSO, particulièrement en ce qui a trait à la transition des soins de l'établissement à la collectivité, y compris les obstacles et les défis potentiels, et la façon dont ces services pourraient être améliorés à l'avenir. Idéalement, ces connaissances permettront de mettre en place des interventions et des traitements plus efficaces, ainsi que des transitions communautaires plus faciles et plus réussies pour les personnes incarcérées qui participent à un programme de TSO en milieu correctionnel.

### **RÉMUNÉRATION POUR LA PARTICIPATION**

Vous ne recevrez pas de paiement direct ou d'indemnité pour votre participation à cette étude. Toutefois, à la suite des entrevues de suivi réalisées dans la collectivité, vous recevrez une carte-cadeau de 50 \$ pour votre temps, vos efforts et les dépenses encourues.

### **ANONYMAT**

Cette étude est totalement anonyme, à quelques exceptions près. Aucun de vos renseignements personnels ne sera divulgué. Lorsque vous vous inscrirez à l'étude, vous devrez fournir votre jour et votre mois de naissance ainsi que votre numéro de SED administré par le SCC, qui seront stockés séparément dans une liste principale. Vous recevrez alors un numéro d'identification unique de participant à l'étude qui sera par la suite le seul identifiant utilisé pour la collecte et l'analyse des données. Comme il a été mentionné précédemment, afin d'analyser les résultats du suivi, nous utiliserons votre numéro de SED pour relier certains de vos renseignements personnels provenant des bases



de données du SCC sur les délinquants avec les informations que vous fournirez aux chercheurs lors des entrevues. Une fois les données couplées, elles ne seront stockées que sous le numéro d'identification unique du participant à l'étude qui vous a été attribué. Toutes les données seront conservées, analysées et publiées de façon strictement collective/regroupée et anonyme.

### **CONFIDENTIALITÉ**

Toutes les données fournies demeureront strictement confidentielles, et seul le personnel de recherche désigné y aura accès. Lorsque toutes les données et tous les renseignements recueillis auront été saisis dans un fichier informatique, les copies papier de l'entrevue seront conservées dans un classeur verrouillé installé dans une pièce fermée à clé dans les bureaux des chercheurs responsables de l'étude (CAMH). L'accès à cette pièce est limité, et toutes les données électroniques seront encodées. La liste principale contenant des informations identifiables sera conservée séparément des dossiers de l'étude, et sera verrouillée ou chiffrée.

### **LIMITES DE LA CONFIDENTIALITÉ**

Les informations que vous fournissez sont confidentielles (y compris la divulgation de toute nouvelle infraction pénale) et ne seront jamais révélées à quiconque (y compris au personnel correctionnel ou aux agents de libération conditionnelle), sauf dans les circonstances suivantes : 1) si vous exprimez que vous avez causé ou que vous risquez de causer des dommages corporels graves (à vous-même ou à d'autres personnes), 2) s'il existe un mandat judiciaire exigeant l'accès à vos informations, 3) afin de satisfaire aux exigences de déclaration obligatoire en vertu d'une autre loi ou d'un autre règlement, par exemple, la déclaration à la société d'aide à l'enfance si un enfant est considéré comme risquant de subir un préjudice, ou à l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario si vous divulguez un mauvais traitement infligé par un clinicien de soins de santé agréé, ou 4) si vous divulguez des renseignements liés à des activités susceptibles de compromettre la sécurité d'un établissement correctionnel ou d'un bureau de libération conditionnelle, ou du personnel qui y travaille (p. ex., menaces directes envers d'autres personnes incarcérées, le personnel ou l'établissement/le bureau de libération conditionnelle). Dans de telles circonstances, le chercheur est tenu de signaler ces informations aux autorités compétentes.

Cette étude peut faire l'objet d'un suivi ou d'un audit par un membre de l'équipe d'assurance qualité des services de recherche du CAMH. Par ailleurs, dans le cadre du suivi de la recherche, vos dossiers d'étude peuvent être évalués au nom du Comité d'éthique de la recherche. Un membre de l'équipe du Comité d'éthique de la recherche pourrait communiquer avec vous (si vos coordonnées sont disponibles) pour vous poser des questions sur l'étude et votre consentement à y participer. Dans de telles circonstances, votre dossier de recherche pourrait être examiné; le cas échéant, la confidentialité sera maintenue conformément aux politiques du CAMH et dans la mesure permise par la loi.

## **PARTICIPATION ET DÉSISTEMENT**

Vous êtes libre de choisir de participer ou non à cette étude. Si vous vous portez volontaire pour y participer, vous pourrez vous désister en tout temps et cesser d'y participer sans qu'il y ait de conséquences. Vous pouvez également demander que les données qui vous concernent soient retirées de l'étude. Lors des entrevues, vous pourrez aussi refuser de répondre aux questions auxquelles vous ne souhaitez pas répondre, tout en continuant de participer à l'étude. L'enquêteur peut à tout moment vous retirer de ce projet de recherche si les circonstances le justifient, par exemple si vous ne participez pas volontairement aux procédures de l'étude, si des préoccupations sont soulevées concernant la sécurité ou le bien-être du personnel de l'étude ou des participants à la recherche, ou si vos réponses ne semblent pas véridiques.

## **DROITS DES PARTICIPANTS**

En participant à cette étude, vous ne renoncez à aucun de vos droits juridiques et n'exonérez pas les chercheurs et le Centre de toxicomanie et de santé mentale de leurs responsabilités juridiques et professionnelles. La participation à cette étude n'aura pas de répercussions sur votre statut, les services que vous recevez ou vos droits auprès du SCC. Cette étude a été examinée par le comité d'éthique de la recherche du Centre de toxicomanie et de santé mentale (REB n° 013/2018). Pour toute question concernant les procédures utilisées dans le cadre de cette étude ou vos droits en tant que participant, vous pouvez communiquer avec le D<sup>r</sup> Robert Levitan, président du comité d'éthique de la recherche du Centre de toxicomanie et de santé mentale, en composant le 416-535-8501, poste 34020, ou en envoyant un courriel à l'adresse [robert.levitan@camh.ca](mailto:robert.levitan@camh.ca).

## **COORDONNÉES**

Si vous avez des questions d'ordre général ou des préoccupations concernant l'étude, n'hésitez pas à communiquer avec l'équipe en composant gratuitement le 1-800-463-2338, poste 73098, ou en envoyant un courriel à l'adresse [CSC.OSTStudy@camh.ca](mailto:CSC.OSTStudy@camh.ca). Une fois l'étude terminée et lorsque le rapport final aura été rédigé, vous pourrez en obtenir une copie en contactant l'équipe chargée de l'étude ou en accédant au site Web des recherches du SCC à l'adresse <https://www.csc-scc.gc.ca/recherche/index-fr.shtml>.

## **SIGNATURE ET CONSENTEMENT DU PARTICIPANT**

En signant ce formulaire, j'accepte de participer à cette étude, conformément à ce qui est susmentionné.

---

Nom et emplacement de l'établissement correctionnel

Date

---

Numéro de SED

Jour et mois de naissance

---

Numéro d'identification du participant

Signature du participant (avec choix du nom/surnom)

**SIGNATURE DE L'ENQUÊTEUR OU D'UN MEMBRE DE L'ÉQUIPE DE RECHERCHE**

En m'appuyant sur mon jugement, je conclus que le participant consent de manière éclairée, volontairement et consciemment, à participer à cette étude.

---

Signature de l'enquêteur ou du membre de l'équipe de recherche

Date

**COORDONNÉES DU PARTICIPANT (si elles sont connues)**

---

Courriel

Numéro de téléphone

**Annexe D : Questionnaire de base/première évaluation**



Étude préalable et postérieure à la mise en liberté de délinquants sous responsabilité fédérale  
bénéficiant d'un traitement de substitution aux opioïdes (TSO)

Questionnaire — Première évaluation

[Version : 22 janvier 2019]

**Numéro d'identification du participant :** \_\_\_\_\_

**Initiales de l'intervieweur :** \_\_\_\_\_

**Emplacement :** \_\_\_\_\_

**Date et heure :** \_\_\_\_\_

1. Quelle est la **DURÉE** de la **PEINE QUE VOUS PURGEZ À L'HEURE ACTUELLE**?

---

2. Quelle est la **DURÉE TOTALE** du **TEMPS** que vous avez été **INCARCÉRÉ OU EN DÉTENTION** au cours de votre **VIE**?

---

3. À quelles **ACTIVITÉS** avez-vous **PARTICIPÉ** au cours des **30 DERNIERS JOURS**?  
(*Veillez sélectionner toutes les réponses qui s'appliquent.*)

- Emploi (p. ex., cuisine, entretien/nettoyage, etc.)
- Éducation/formation professionnelle (p. ex., cours, CORCAN, etc.)
- Programmes de prévention (p. ex., criminalité, violence, comportements, etc.)
- Programmes de lutte contre la toxicomanie
- Programmes d'acquisition de compétences (p. ex., gestion de la colère, parentalité, compétences de vie, compétences sociales, etc.)
- Programmes de réinsertion sociale dans la collectivité
- Autre (veuillez préciser) : \_\_\_\_\_
- Je ne sais pas
- Je préfère ne pas répondre

4. Quel est votre **PLUS HAUT** niveau de **SCOLARITÉ**?

- Études primaires non terminées
- Études primaires terminées
- Études secondaires non terminées
- Études secondaires terminées
- Études collégiales non terminées
- Études collégiales terminées
- Études universitaires non terminées
- Études universitaires terminées
- Formation professionnelle/école de métiers/formation technique/formation d'apprenti non terminée
- Formation professionnelle/école de métiers/formation technique/formation d'apprenti terminée
- Je ne sais pas
- Je préfère ne pas répondre

5. Où **HABITIEZ-VOUS** (ville, province et code postal, si vous le connaissez) au cours des **30 JOURS PRÉCÉDANT** votre période d’incarcération **ACTUELLE**?

---

6. Où avez-vous **HABITÉ ou DORMI** (la plupart du temps) au cours des **30 JOURS PRÉCÉDANT** votre période d’incarcération **ACTUELLE**? (Veuillez sélectionner toutes les réponses qui s’appliquent.)

- Mon propre logement (p. ex., maison, copropriété ou appartement loué ou dont vous êtes propriétaire, avec ou sans colocataire)
- Avec des amis ou des membres de la famille (p. ex., parent, tuteur, proche)
- Refuge ou centre d’accueil
- Institution ou hôpital
- Établissement résidentiel communautaire (p. ex., établissement de transition correctionnel)
- Dans la rue
- Autre (veuillez préciser) : \_\_\_\_\_
- Je ne sais pas
- Je préfère ne pas répondre

7. Quelle était votre principale **SOURCE** de **REVENUS** au cours des **30 JOURS PRÉCÉDANT** votre période d’incarcération **ACTUELLE**? (Veuillez sélectionner toutes les réponses qui s’appliquent.)

- Emploi ou travail légal
- Emploi ou travail clandestin (p. ex., non déclaré, etc.)
- Activités illégales (p. ex., vente de drogues, etc.)
- Prestations sociales/aide sociale (p. ex., aide sociale, prestations d’invalidité, etc.)
- Famille et amis
- Épargne personnelle
- Autre (veuillez préciser) : \_\_\_\_\_
- Je ne sais pas
- Je préfère ne pas répondre

8. À quelle fréquence avez-vous eu des **CONTACTS** (appels, visites, etc.) avec des **AMIS PROCHES** ou des **MEMBRES DE VOTRE FAMILLE** au cours des **30 JOURS PRÉCÉDANT** votre période d’incarcération **ACTUELLE**?

1 Jamais	2 Rarement (une ou deux	3 Occasionnellement (à quelques	4 Fréquemment (plusieurs fois	5 Très fréquemment
-------------	-------------------------------	---------------------------------------	-------------------------------------	--------------------------

	fois)	reprises — une fois par semaine)	par semaine)	(sur une base quotidienne ou quasi quotidienne)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9. À quelle fréquence avez-vous eu des **CONTACTS** (appels, visites, etc.) avec des **AMIS PROCHES** ou des **MEMBRES DE VOTRE FAMILLE** au cours des **30 DERNIERS JOURS**?

1 Jamais	2 Rarement (une ou deux fois)	3 Occasionnellement (à quelques reprises — une fois par semaine)	4 Fréquemment (plusieurs fois par semaine)	5 Très fréquemment (sur une base quotidienne ou quasi quotidienne)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. Dans l'ensemble, comment **ÉVALUERIEZ-VOUS** votre santé **PHYSIQUE ACTUELLE**?

1 Médiocre	2 Passable	3 Bonne	4 Très bonne	5 Excellente
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11. Dans l'ensemble, comment **ÉVALUERIEZ-VOUS** votre santé **MENTALE ACTUELLE**?

1 Médiocre	2 Passable	3 Bonne	4 Très bonne	5 Excellente
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12. Comment **ÉVALUERIEZ-VOUS** votre **CONSOMMATION ACTUELLE DE SUBSTANCES**?

1 Non préjudiciable	2 Légèrement préjudiciable	3 Modérément préjudiciable	4 Préjudiciable	5 Très préjudiciable
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	13. Parmi les <b>DROGUES</b> suivantes, quelles sont celles que vous avez utilisées pour des raisons autres que <b>MÉDICALE (c'est-à-dire sans ordonnance médicale)</b> au cours des <b>30 JOURS PRÉCÉDANT</b> votre période d'incarcération <b>ACTUELLE</b> ?	14. Parmi les <b>DROGUES</b> suivantes, quelles sont celles que vous avez utilisées pour des raisons autres que <b>MÉDICALE (c'est-à-dire sans ordonnance médicale)</b> au cours des <b>30 derniers JOURS</b> ?	15. Veuillez préciser pendant <b>COMBIEN DE JOURS</b> vous avez utilisé chaque drogue cochée à la <b>question 14</b> au cours des <b>30 DERNIERS JOURS</b> :
Alcool	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tabac	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Cannabis ou produits à base de cannabis (p. ex., produits comestibles, concentrés, huiles)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Cannabinoïdes synthétiques (p. ex., Spice, K2)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Méthamphétamines/amphétamines (p. ex., méthamphétamine en cristaux, médicaments contre le TDAH)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hallucinogènes/psychostimulants (p. ex., LSD, psilocybine, MDMA, GHB, K)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Cocaïne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Crack	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Opioides faibles délivrés sur ordonnance (p. ex., codéine, hydrocodone, tramadol)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Opioides puissants délivrés sur ordonnance (p. ex., morphine, hydromorphone, mépéridine, fentanyl, méthadone/buprénorphine)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Héroïne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Autres opioides illégaux (p. ex., opioides délivrés sur ordonnance combinés à d'autres produits synthétiques ou héroïne)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Benzodiazépines	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Autres psychotropes (p. ex., antidépresseurs, antipsychotiques)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Autre ( <i>veuillez préciser</i> ) :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	



	16. Veuillez cocher tous les <b>TRAITEMENTS ET SERVICES</b> (autres que le TSO) liés à la consommation de substances auxquels vous avez participé au cours des <b>30 JOURS PRÉCÉDANT</b> votre période d'incarcération <b>ACTUELLE</b> :	17. Pour les <b>TRAITEMENTS ET SERVICES</b> liés à la consommation de substances (autres que le TSO) que vous avez cochés à la <b>question 16</b> , veuillez préciser <b>COMBIEN DE FOIS</b> vous avez <b>UTILISÉ</b> (p. ex., <b>nombre d'« épisodes » d'utilisation</b> ) chaque service au cours des <b>30 JOURS PRÉCÉDANT</b> votre période d'incarcération <b>ACTUELLE</b> :
<b>Hospitalisation</b>	<input type="checkbox"/>	
<b>Traitement avec hospitalisation/en institution</b>	<input type="checkbox"/>	
<b>Traitement sans hospitalisation</b> (p. ex., thérapie de groupe, counselling, prévention des rechutes)	<input type="checkbox"/>	
<b>Désintoxication/Gestion du sevrage</b>	<input type="checkbox"/>	
<b>Programmes d'autothérapie/groupes de soutien</b> (p. ex., Alcooliques anonymes, Narcotiques anonymes)	<input type="checkbox"/>	
<b>Services de réduction des méfaits</b> (p. ex., services d'échange de seringues)	<input type="checkbox"/>	
<b>Autre</b> ( <i>veuillez préciser</i> ) :	<input type="checkbox"/>	

18. Vous êtes-vous **INJECTÉ** des drogues au cours des **30 JOURS PRÉCÉDANT** votre période d'incarcération **ACTUELLE**?

- Oui
- Non
- Je ne sais pas
- Je préfère ne pas répondre

19. Vous êtes-vous **INJECTÉ** des drogues au cours des **30 DERNIERS JOURS**?

- Oui
- Non
- Je ne sais pas
- Je préfère ne pas répondre

20. Avez-vous **PARTICIPÉ** à un TSO au cours des **30 JOURS PRÉCÉDANT** votre période d’incarcération **ACTUELLE**? (Si la réponse est « **NON** », passez à la **QUESTION 24**).

- Oui
- Non
- Je ne sais pas
- Je préfère ne pas répondre

21. Si vous avez répondu **OUI** à la **question 20**, où avez-vous eu accès à un **TSO**? (*Veillez sélectionner toutes les réponses qui s’appliquent.*)

- Médecin de première ligne/généraliste
- Entreprise privée (OATC, etc.)
- Clinique de santé communautaire/centre de service sans rendez-vous
- Hôpital
- Milieu correctionnel (p. ex., détention, prison)
- Autre (veuillez préciser) : \_\_\_\_\_
- Je ne sais pas
- Je préfère ne pas répondre

22. Si vous avez répondu **OUI** à la **question 20**, depuis combien de temps suiviez-vous ce **TSO**?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

23. Si vous avez répondu **OUI** à la **question 20**, quel(s) médicament(s) avez-vous pris dans le cadre de votre **TSO**?

- Méthadone (Methadose)
- Buprénorphine (Subutex)
- Buprénorphine/naloxone (Suboxone)
- Naltrexone (Vivitrol)
- Diacétylmorphine (héroïne d’ordonnance)
- Hydromorphone (Dilaudid)
- Autre (veuillez préciser) : \_\_\_\_\_
- Je ne sais pas
- Je préfère ne pas répondre

## QUESTIONS QUALITATIVES

(À NOTER : ces questions et réponses seront enregistrées sur bande sonore)

24. Veuillez **DÉCRIRE** vos expériences liées à la **CONSOMMATION D'OPIOÏDES** et à la **DÉPENDANCE AVANT** votre période d'incarcération **ACTUELLE**.

### Questions incitatives

- Comment avez-vous commencé à consommer des opioïdes?
- Votre consommation d'opioïdes a-t-elle changé au fil du temps?
- La consommation d'opioïdes a-t-elle eu des répercussions sur les aspects suivants de votre vie : santé, relations, travail/finances, logement?

25. Veuillez **DÉCRIRE** vos expériences liées au **TSO AVANT** votre période d'incarcération **ACTUELLE**.

### Questions incitatives

- Si vous avez participé à un TSO avant votre incarcération, comment s'est passée cette expérience? Quels facteurs ont rendu l'expérience positive ou négative?
- Si vous n'avez pas participé à un TSO avant votre incarcération, quelle en est la raison?

26. Veuillez **DÉCRIRE** vos expériences liées à la **CONSOMMATION D'OPIOÏDES** et d'**AUTRES DROGUES PENDANT** votre période d'incarcération **ACTUELLE**.

### Questions incitatives

- Quels sont les opioïdes que vous pouvez vous procurer? Quels autres drogues pouvez-vous vous procurer? Dites-m'en plus à ce sujet.
- Outre votre TSO, quels sont les soutiens et les services liés aux opioïdes qui sont mis à votre disposition? À quels autres soutiens ou services liés à la consommation de drogues avez-vous accès?
- Avez-vous eu recours à ces soutiens ou à ces services? Le cas échéant, parlez-moi de vos expériences liées à ceux-ci.

27. Veuillez **DÉCRIRE** vos expériences liées au **TSO PENDANT** votre période d'incarcération **ACTUELLE**.

### Questions incitatives

- Comment avez-vous eu accès au TSO? Parlez-moi de votre expérience.
- Y a-t-il des éléments qui vous ont été utiles? Changeriez-vous quoi que ce soit?

28. Veuillez **DÉCRIRE** vos **BUTS** ou vos **PLANS PERSONNELS** (par exemple, en matière de santé, de relations, de travail/finances, de logement) en vue de votre prochaine **MISE EN LIBERTÉ** dans la collectivité.

**Questions incitatives**

- Que ressentez-vous de façon générale à l'égard de votre mise en liberté dans la collectivité, qui aura lieu prochainement?
- Y a-t-il des choses dont vous vous réjouissez?
- Y a-t-il des choses qui vous inquiètent?

29. Veuillez **DÉCRIRE** vos **BUTS** ou vos **PLANS** liés à la **CONSOMMATION DE DROGUES** et au **TSO** en vue de votre **MISE EN LIBERTÉ** dans la collectivité, qui aura lieu prochainement.

**Questions incitatives**

- Selon vous, qu'advient-il de votre consommation d'opioïdes ou d'autres drogues après votre mise en liberté?
- Selon vous, qu'advient-il de votre TSO après votre mise en liberté?

30. Veuillez **DÉCRIRE** les **FACTEURS** ou les **SOUTIENS** que vous jugez particulièrement **IMPORTANTES** pour atteindre vos objectifs et réaliser vos plans liés à la **CONSOMMATION DE DROGUES** et au **TSO** lors de votre **MISE EN LIBERTÉ** dans la collectivité.

**Questions incitatives**

- Y a-t-il des éléments qui vous semblent *particulièrement* importants pour vous aider à atteindre vos objectifs en matière de consommation de drogues?
- Y a-t-il des éléments qui vous semblent *particulièrement* importants pour vous aider à atteindre vos objectifs liés au TSO?

31. Veuillez **DÉCRIRE** les **DÉFIS** ou les **OBSTACLES** potentiels que vous entrevoyez pour atteindre vos objectifs et réaliser vos plans liés à la **CONSOMMATION DE DROGUES** et au **TSO** lors de votre **MISE EN LIBERTÉ** dans la collectivité.

**Questions incitatives**

- Y a-t-il des éléments qui, selon vous, pourraient rendre *particulièrement* difficile l'atteinte de vos objectifs en matière de consommation de drogues?
- Y a-t-il des éléments qui, selon vous, pourraient rendre *particulièrement* difficile l'atteinte de vos objectifs liés au TSO?

32. Veuillez **DÉCRIRE** où vous vous voyez un **AN** après votre **MISE EN LIBERTÉ** dans la collectivité.

**Questions incitatives**

- Particulièrement en ce qui concerne votre consommation d'opioïdes ou d'autres drogues?
- Particulièrement en ce qui concerne votre TSO?